

Revista Médica

Salamanca

Año IV

NOVIEMBRE DE 1908

Núm 11.

El "Sweating system," y la tuberculosis

Tema presentado al primer Congreso español para el Progreso de las Ciencias

por el DOCTOR PINILLA

Profesor de Medicina.—Inspector de Sanidad

Desde hace algunos años la organización del trabajo en muchas industrias toma un nuevo rumbo que produce peligros no calculados en la salud de los obreros de ambos sexos dedicados á ese género de labores: aludo al llamado por los ingleses "sweating system," sistema de hacer sudar, como podría traducirse literalmente, sistema de labor á destajo, domiciliario como es realmente.

El sistema se aplicó primeramente por los sastres de gran categoría, en Londres, que proporcionaban obra á otros de menor cuantía, quienes á su vez la distribuían en las familias ó en sus mismos domicilios. Estas familias, con objeto de aumentar sus emolumentos, forzaban por propia voluntad el esfuerzo en largas horas de jornada hasta la fatiga, y así nació el vocablo del verbo inglés "to sweat," sudar. La característica, pues, del "sweating," es el aumento de jornada para compensar la igualdad en la pequeñez de los emolumentos.

Compréndese, pues, que según este procedimiento y esta terminología, podría llamarse *sudador* al patrono principal y también al intermediario, y que el número de los estrujados ó sudorosos ha de ser infinito.

Rápidamente se extendió, en efecto, de este ramo de fabricantes á otros, este modo de abaratar la mano de obra, y rápidamente cambió, extendiéndose, el ver-

dadero sentido del *sweating*, que hoy significa no solo jornada larga y sueldo corto, sino que además lleva consigo esta otra gravedad: trabajo con agobio, en locales mal sanos, en comunidad de mezcolanza anti-higiénica.

El "sweating system," tiene ó comienza á tener prosélitos en España, comienza á dar pésimos resultados para la masa obrera; comienza á dar contingente á la tuberculosis y á la miseria orgánica, y por eso me atrevo á llamar la atención de este Congreso hacia el particular, teniendo en cuenta que la autoridad de los que á este certamen del saber concurren podrá dar á este asunto el relieve necesario, llamando la atención de los poderes públicos sobre la necesidad de legislar regulando las demasías de los patronos é intermediarios de estos nuevos destajistas, cuyo trabajo escapa á lo ya tenido en cuenta por la ley de accidentes, siendo así que los produce y bien graves.

Algunos ejemplos tomados de mi propia observación en la ciudad de Salamanca, que es una ciudad universitaria más que industrial, y en la cual como se verá hay "sweating system," demostrará lo que en síntesis acabo de indicar, señalándonos también que si en una ciudad como esta de 30.000 habitantes mal contados hay organizaciones del trabajo en semejante forma, en otras de mayor importancia debe tener sumo interés el problema.

La fabricación de pantalones de pana es objeto de gran competencia en el comercio. Suelen venderse según clases desde tres pesetas en adelante. Pues bien los que manejan este negocio pagan por hechuras de esta prenda de vestir treinta céntimos, en cuya cantidad vá incluido el precio del hilo ya que no llevan forros. La factura en los pantalones de pana aún así y todo dá de comer á muchas mujeres que si se limitaran á este trabajo en su domicilio no engendrarían el sistema que criticamos, pero que dan lugar á él, desde el momento en que se especializan y se ponen en condiciones de ejecutarlo, adquiriendo la imprescindible máquina de co-

ser. De este modo, el hogar doméstico se convierte en taller, y la necesidad de forzar la producción, impone catorce y más horas de labor para sacar tres ó cuatro pesetas de salario al día. Y no es raro ver á seis ó más jóvenes cosiendo ese número de horas con solo un descanso pequeño á mediodía, en una habitación que no dá más de cuatro metros cúbicos de aire para cada una.

Otro caso, en esta ciudad también, lo dan los llamados talleres de plancha. La dueña del mismo sale á visitar á la clientela y recoger "obra.". Al comienzo son sus oficialas, sus propias hijas si las tiene; luego se admiten nuevas obreras; el taller es una sala ó la propia cocina, en donde mal pueden respirar dos personas, pero en donde se juntan seis, ahogándose insensible ó sensiblemente por la irradiación de las planchas, de las luces y de sus propios cuerpos.

Si en Londres se ven en estos talleres (steam-laundries) los viernes y los sábados trabajar á razón de quince y diez y seis horas, en Salamanca no les van en zaga sino es en estrechez de local y en ahorro de ventilación. Pero en cambio las planchadoras salen á un jornal de dos á seis pesetas; de dos pesetas las de "liso," y de seis las que se especializan en el género "rizado," y "encañonado.". Una especialidad como otra cualquiera.

Naturalmente que son las pequeñas industrias, las que no necesitan de gran maquinaria, las que se prestan al "sweating system," pero, acaso ¿no es lesivo al individuo y á la raza el que se propague este modo de producir, estimulado por la sordidez y la avaricia de los intermediarios, y por la lucha del mercado en los patronos? Todos contestaremos afirmativamente, diciendo que este aspecto de la pobreza constituye un verdadero peligro social, peligro que aumenta considerando que es difícilísimo el remedio al mal, si bien es cierto que ya comenzamos á ponerlo desde el momento en que descubriendo causas y síntomas difundamos por todas partes la trascendencia del problema.

Porque sin duda alguna es peligro social. No se trata de que un individuo, ni muchos individuos por ganar

un jornal ó un mayor jornal sacrifiquen su reposo, espolcando sus energías; se trata de que se compromete el vigor y el desarrollo de los jóvenes de ambos sexos; de que se diseminan en talleres improvisados, fuera del "controle,, oficial de toda inspección los gérmenes de enfermedades contagiosas, entre ellas de la tuberculosis.

* * *

El "sweating,, afecta principalmente á la mujer, por ser más apta que el hombre al trabajo domiciliario. Hemos citado en Salamanca dos pequeñas industrias propias de mujeres: las pantaloneras y las planchadoras. En Inglaterra citan además á las que trabajan en fabricación de tapices, de pañuelos, de cadenas, de mantillas y encajes, de ropa blanca. En Suiza citan á los zapateros y relojeros. En Portugal, las encajeras también. Y aún parece que de las pequeñas industrias intenta pasar á las grandes, merced á la fácil distribución de la energía eléctrica á domicilio, poniendo en cada casa un motor de cuarto de caballo que facilita la descentralización del taller. Por eso Mr. Booth encuentra la raiz y explicación del "sweating,, en la multiplicación de los maestros con disminución de los oficiales.

Yo no he de entrar aquí en el examen de las causas económicas y crematísticas del mal, asunto que es de la incumbencia de los economistas. Apuntaré solo hacia las relaciones de este sistema de trabajo con la tuberculosis, y éstas las considero evidentes.

Es un hecho confirmado que los tres grandes orígenes de esta plaga de la tuberculosis son el hacinamiento, la falta de aire respirable, y la deficiencia nutritiva que suele depender de la penuria alimenticia. Estos tres factores se dan en el "sweating-system,,. Las casas particulares que se convierten en salas de confección, no tienen por lo general, la cantidad de luz y de aire necesarias; el agobio producido por largas jornadas, no vá compensado por ulteriores cuidados higiénicos, y el

JARABE BENZO-CINÁMICO

CON HEROINA

preparado por el

DR. MADARIAGA

Contiene, en armoniosa y eficaz combinación, los balsámicos más poderosos (*benzoatos, cinamatos, etc.*, separados directamente de los bálsamos naturales de Tolú y del Perú), con el calmante por excelencia, la *Heroína*.

De real y positivo valor terapéutico, entre los agentes de la medicación moderna, para combatir con éxito la *tos y afecciones catarrales* del aparato respiratorio, gripales inclusive, constituye también valiosísimo auxiliar de los diferentes tratamientos para la curación de la *tuberculosis*.

Utilísimo contra la *tos ferina*.

Prioridad aparte, como preparado especial, acredita en su favor este jarabe la *predilección* que le dispensan cuantos señores médicos han tenido ocasión de apreciar sus notables propiedades curativas, derivadas de su *original base benzo-cinámica*, anticatarral de comprobada superioridad, no habiendo logrado más que imitar su nombre las creaciones posteriores que lo han plagiado.

PRECIO EN MADRID, 3 PESETAS FRASCO

FARMACIA DEL AUTOR

PLAZA DE LA INDEPENDENCIA, 10. MADRID,

Y PRINCIPALES DE ESPAÑA

S

r alario sacado á costa de tales esfuerzos resulta miserable á la postre.

Los que defendemos la idea de que la tuberculosis es una plaga, una enfermedad social, y que sociales deben ser sus grandes remedios, propuestos por los higienistas, pero que deben imponer los gobiernos abaratando la vida, saneando las urbes y las viviendas, reglamentando el trabajo, obstaculizando la degeneración de la raza que se produce por la perpetuación y cruzamiento de la avariosis con la escrófula, debemos llamar la atención hacia este otro factor naciente, en la etiología del terrible mal.

Y es otro matíz negro, en la negrura general de esta pésima organización del trabajo,—como antes queda dicho—que la mujer es la que más interviene en el "sweating". El pequeño ejemplo de Salamanca confirma las estadísticas mundiales. En Inglaterra en 1891 existían 1.840.898 mujeres empleadas en industrias, 1.759.555 en el servicio doméstico, y solo 52.026 en la agricultura. Y el salario semanal de las primeras osciló entre un mínimo de 4 chelines y un máximo de 18, contando entre todas las industrias susceptibles de domiciliarse. Calcúlese ahora qué reposo ni qué alimentación podrán obtener esas mujeres, que fuera de la protección de las leyes que regulan el trabajo y previenen sus accidentes, buscan su pan diario.

*
* *

La brevedad de los temas que en todo Congreso de esta índole se impone, no permite mayor desarrollo de la cuestión, que me he permitido traer aquí por haber tenido ocasión de observar algo referente á la misma. Mis conclusiones, complementarán en algo mi pensamiento. Son estas:

CONCLUSIONES

1.^a La difusión del trabajo industrializado en el do-

micilio, á destajo para aumentar el rendimiento sin reglamentación y con jornada excesiva (swating system) es favorable á la producción y difusión de la tuberculosis.

2.^a Las pequeñas industrias susceptibles de esta forma de trabajo, ocupan á la mujer preferentemente y por tanto constituye esto, otro factor más en la debilidad de la raza (maternidad, crianza, desarrollo de la prole).

3.^a Aparte de los remedios económicos, debe buscarse para oponerse á tal sistema de trabajo, el apoyo de la opinión pública, dándola á conocer el peligro, ampliando los cauces trillados de la beneficencia y la caridad.

3.^a Los Inspectores del trabajo no deben limitarse en su esfera de acción á las grandes industrias, sino á las que son objeto del "sweating," ya iniciado en España.

4.^a La ley regulando el trabajo de las mujeres y de los niños, debe ampliarse en el sentido de imponer el "controle," oficial á las demandas de los intermediarios y patronos que favorecen el sweating, y á la ambición de los que sufren.

Estadística quirúrgica

por RAMIRO ARROYO

De Cirugía, los médicos titulares apenas podemos hacer otra cosa que Cirugía de urgencia; y esto no siempre, ni siempre con todas las reglas del arte.

Algo se puede hacer, sin embargo, aunque sea dentro de límites poco extensos; y la presente estadística, que abarca ocho años, aunque no comprende todos los casos quirúrgicos que en ese intervalo de tiempo se han presentado en la población, servirá para indicar la índole de los trabajos que las circunstancias actuales nos permiten realizar.

Los enfermos que figuran en la estadística han sido tratados

unos en el hospital de la ciudad, otros en sus domicilios y otros en mi consulta.

El hospital de Béjar no tiene actualmente sala especial de operaciones. Disponemos de una pequeña habitación empapelada, donde se curan desde hace muchos años casi todos los enfermos que allí acuden con afecciones quirúrgicas, la mayor parte de ellas purulentas. Es de creer que no habrá punto de tal habitación donde no existan gérmenes infecciosos, no ya aislados, ni en colonias, sino en masa. En ciertos casos se opera en las enfermerías, que, al menos, no ofrecen un peligro tan brutal (si se permite la palabra) de infección.

Ya se comprenderá el estado de ánimo del médico que se ve obligado á llenar una indicación operatoria urgente]de alguna importancia en un medio de tales condiciones, y el esfuerzo que supone el tomar minuciosas precauciones asépticas y antisépticas.

En los domicilios particulares se opera generalmente en regulares ó muy medianas condiciones; y respecto á la consulta, como en todas las análogas, no se interviene más que en ciertos casos que no ofrezcan peligros, por razones muy distintas de las]de asépsia y antisépsia.

Ya en 1901, y en una Memoria de un año de ejercicio, e primero en esta población, dí cuenta de 185 casos de cirugía. constituidos la mayor parte por contusiones, heridas contusas, heridas incisas, quemaduras y flemones. No incluyo al presente casos análogos á estos, á no ser que por alguna particularidad lo]merezcan.

En siete flemones difusos, de mano y antebrazo, las incisiones múltiples, los baños de sublimado, caliente, y los fomentos, han dominado en todos los casos y en pocos días esta grave afección. Algunas veces he empleado cloretilo para anestesiar previamente en el sitio de las incisiones

En dos abscesos fríos de antebrazo, la incisión, prévia anestesia local en uno y general en otro de los casos, el raspado de las paredes del absceso y el relleno de la cavidad con gasa yodofórmica, han bastado para la curación.

He tratado de casos de mamitis no puerperal, en jóvenes de 14 á 15 años, en que la atenuación de los síntomas inflamatorios hacían dudosa la supuración: la punción aspiradora con el aspira-

dor Potain, dió salida á bastante cantidad de pus, y el subsiguiente lavado con agua sublimada bastó para la curación.

En un absceso del muslo, por congestión, después de amplia incisión de 10 c. m. bajo cloroformo, fué preciso reseca un pequeño trozo del hueso iliaco, espina anterior superior: curación.

Caries ósea.—Mujer de 22 años. Tuberculosis del cuarto metacarpiano derecho y segunda falange del quinto dedo de la mano izquierda. Cloroformización; resección de la extremidad inferior del metacarpiano y extracción de la falange. Curación.

Muchacho de 10 años. Tuberculosis del tercer metacarpiano izquierdo. Cloroformización; resección. Curación.

Muchacho de 12 años. Tuberculosis de primera falange del cuarto dedo derecho. Desarticulación metacarpo-falángica, bajo cloroformo. Curación.

En dos casos de caries de segunda falange del pulgar, en adultos, por panadizos profundos, extraje los secuestros después de anestesia local por cloretilo. Curación.

Fracturas.—18; siete de pierna, tres de muslo, cuatro de brazo, tres de antebrazo y una de clavícula. De ellas, tres de pierna y una de antebrazo, abiertas; las demás simples.

En dos fracturas de tibia, apósito de escayola; curación sin deformación. En otras dos, también de tibia, y simples, como las anteriores, apósito de férulas; curación sin deformación.

Fracturas de pierna con herida externa:

F. S. 40 años, cochero; fractura de tibia, tercio medio, con herida de tres centímetros en el borde anterior. Desinfección del foco traumático; apósito provisional de gasa y algodón; gotiera; irrigación continua con agua sublimada, débil, durante 48 horas; apósito de escayola, bajo cloroformo, dejando una ventana en el sitio de la herida; curación sin deformación.

G. M. 25 años, curtidor. Fractura de tibia, tercio medio, con herida de cuatro centímetros en la cara externa. Antisépsia de la herida; irrigación continua durante 48 horas; apósito de férulas que permite la cura diaria de la herida. Habiéndose presentado una pequeña cantidad de pus es necesaria la extracción de una esquirla, bajo cloroformo. Curación sin deformación.

A. S. 60 años. Fractura conminuta de tibia y peroné, tercio medio, con herida de 7 c. m. en la cara interna. Desinfección del foco traumático; irrigación continua. Al día siguiente, habiéndose

iniciado fenómenos locales sépticos, hago, bajo cloroformo, una desinfección escrupulosa del foco, estrayendo dos esquirlas de tibia de 8 c. cada una, quedando en el foco una de peroné muy adherida. Irrigación continua. No desapareciendo los fenómenos sépticos, fué preciso, de acuerdo con los tres compañeros titulares, amputar el muslo, que hice en la unión del tercio inferior con el tercio medio, por el método circular un poco oblicuo hacia abajo y adentro. Curación.

En las tres fracturas de muslo el tratamiento ha sido simplemente la extensión continua. Después de la colocación de un sencillo vendaje en espiral, curación sin deformación en todos los casos.

Fracturas de brazo —R. G., 12 años: tercio medio, apósito de férulas; curación.

Niño de 12 años; tercio medio; apósito de escayola. Curación.

A. S., 58 años; tercio superior; apósito de escayola. Curación.

M., 70 años; tercio superior; apósito de férulas. Curación.

Fracturas de antebrazo. — R., -12 años; fractura de cúbito, tercio inferior; apósito de férulas; curación.

P. M., 6 años: fractura de cúbito, tercio inferior; apósito de férulas; curación.

T. G., 12 años; fractura de radio, tercio inferior, con herida transversal de tres centímetros en la cara anterior. Cloroformo; desinfección escrupulosa del foco traumático; reducción de la fractura; vendaje provisional; irrigación continua durante 48 horas; apósito de escayola con ventana; continúa en tratamiento, en buen estado, en vías de curación.

Fractura de clavícula.—S. G., 37 años; fractura del cuerpo del hueso; vendaje de Sayre durante 15 días; curación.

En todos los casos aconsejo amasamiento después de la separación del apósito, con buen resultado.

Luxaciones.—Cuatro casos. Mujer de 57 años; luxación de hombro derecho; reducción bajo cloroformo; curación.

Hombre de 54 años; luxación de hombro derecho; reducción; curación.

Niño de 12 años; luxación del codo; reducción, curación.

Mujer de 60 años: luxación témporo-maxilar: reducción, curación.

Cuatro casos de pústula maligna, tres en la mano y uno en la frente. Cauterización con termo-cauterio: inyecciones de ácido f nico al 1 por 100: curación en todos los casos

Hernias.—J., hombre de 57 años: hernia crural estrangulada, lado izquierdo tamaño de una castaña. Es llevado al hospital y operado   las diez de la noche. Cloroformización: incisión de 7 c. m.; abertura del saco, desbridamiento del anillo, reducción de la hernia. Sutura del saco   los bordes del anillo, de dentro afuera. Curación sin reproducción después de seis años.

T., mujer de 48 años: hernia inguinal derecha, tamaño de una nuez: síntomas de estrangulación desde hace tres días. Es operada de urgencia en su domicilio   las once de la noche. Anestesia local por la cocaina: incisión de 10 c. m.: abertura del saco: desbridamiento del anillo, reducción de la hernia, ligadura del saco en dos asas de catgut y sutura de dentro afuera en las proximidades del anillo. Suturas profunda y superficial con seda.

A la media hora de la intervención seis deposiciones: curación.

En 1903 fué llamado para ver   un enfermo, V. C., de 10 años, que doce días antes había recibido una puñalada en el tercio anterior del séptimo espacio intercostal izquierdo. La herida, de tres centímetros de longitud, estaba completamente cicatrizada. Fiebre alta: matidez, ausencia de murmullo vesicular y falta de vibraciones vocales en la mitad inferior del lado izquierdo del torax. Tratábase de una pleuresía purulenta. El aspirador Potain di  salida á unos cien gramos de pus. A los tres días fué necesario hacer una pleurotomía: anestesia local con cloreto, incisión de 7 cm. en el 8.  espacio, línea escapular: colocación de dos tubos de drenaje; lavados con disolución de cloruro de zinc al 3 por 100. Continuando la fiebre y la supuración tuve que hacer resección costal al mes y medio de la primera intervención. Anestesia general por el cloroformo; resección de séptima y octava costillas izquierdas, en longitud de 13 centímetros. Después de esta última intervención mejor  definitivamente el enfermo, hasta su curación completa y efectiva después de cinco años.

En un joven de 16 años, E. F., que á consecuencia de un traumatismo perdió el ojo derecho, fu  preciso hacer la enucleación

del globo ocular, que realicé por el método de Tillaux. Curación.

Tumores.—M. de 48 años. Tumor de forma y tamaño de media naranja, situado sobre el ligamento rotuliano derecho, muy adherido á la piel, diagnosticado de condroma. Anestesia local. Extirpación con bisturí; sutura con seda para reducir lo posible la herida operatoria, no habiendo piel suficiente para unir completamente los bordes. Curación por segunda intención, con funcionamiento normal de la rodilla, después de cinco años.

V. O. de 37 años. Quiste dermoide de la ceja. Anestesia local por la cocaina; incisión crucial, extirpación del quiste con su cápsula; sutura con catgut. Curación.

S. de 40 años. Quiste de la región infrahicoidea, del tamaño de una nuez. Anestesia local por la cocaina; incisión de 7 cm. decapsulación; sutura con seda. Curación.

Niña de un año. Quiste dermoide de la ceja derecha, tamaño de una avellana. Anestesia local por la cocaina; decapsulación; sutura. Curación.

Hombre de 36 años. Quiste dermoide de la frente tamaño de un huevo de paloma; anestesia local por la cocaina; incisión crucial; decapsulación; sutura con seda. Curación.

L. D., 51 años. Tumor quístico de mama derecha, tamaño de una nuez. Anestesia local por cloretilo; incisión de 5 cm.; disección de la cápsula; sutura con seda. Curación.

Mujer de 39 años. Tumor duro, del tamaño de una manzana pequeña, sobre el primer metacarpiano derecho, calificado de sarcoma. Desarticulación carpo-metacarpiana, bajo cloroformo. Curación.

Mujer de 50 años. Tumor ulcerado, de varios lóbulos, semi-blando, operado varias veces por incisión, situado sobre las articulaciones metacarpo-falángicas tercera y cuarta izquierdas, calificado de sarcoma. Cloroformización; amputación del tercero y cuarto metacarpianos con separación de los dedos correspondientes, á colgajos dorsal y palmar; sutura de seda. Curación.

A. I., 47 años. Carcinoma de la mama izquierda; del tamaño de una naranja con infartos axilares. Cloroformización; incisión curva de 20 cm.; separación de la mama con el tumor; variamiento de la axila; sutura con seda. Curación de la herida operatoria por primera intención. Reproducción del neoplasma en la cicatriz al

mes de la intervención; muerte á los dos meses con síntomas de cáncer gástrico.

J. de 45 años. Carcinoma ulcerado de la mama izquierda, con infartos axilares. Operada á petición suya. Cloroformización, incisiones curvas desde el esternón hasta el hueso axilar; despegamiento de la aponeurosis del pectoral mayor; vaciamiento digital de la axila, con desgarradura accidental de la vena axilar que su turo con tres puntos de seda fina. Sutura incompleta de la piel, quedando en el centro una separación de bordes de 5 cm. Cicatrización por segunda intención al cabo de tres meses. Reproducción del tumor. Muerte á los cinco meses de la operación por caquexia cancerosa.

De fimosis, afección muy frecuente en esta población, he operado cinco casos, uno de ellos por circuncisión, bajo cloroformo, los demás por incisiones delatadoras con anestesia local por la cocaína; casos consignados en un artículo publicado en el número 118 de la «Gaceta Médica del Norte» y reproducido por la «Revista de Medicina y Cirugía Prácticas».

He operado cinco gangliones de la muñeca en jóvenes de ambos sexos. El procedimiento seguido en todos ha sido el siguiente: anestesia local por inyecciones intradérmicas de solución de cocaína al 2 por 100, incisión longitudinal sobre el quiste; abertura de la cápsula y salida de líquido sinovial; disección y extirpación de la mayor parte posible de la cápsula; sutura de la piel con catgut. Curación por primera intención en todos los casos, excepto en uno, que supuró. En ninguno de ellos ha habido reproducción. A mi juicio, la operación del ganglión es un reactivo muy sensible para ver si se han tomado minuciosamente las precauciones asépticas y antisépticas.

He intervenido en tres hidroceles. En uno, en niño de 8 años, hice la punción simple; curación definitiva. En otro, hombre de 40 años, hice punción seguida de inyección de tintura de yodo yodurada; curación. En otro, hombre de 42 años, F. S., no habiéndose curado por el procedimiento anterior, tuve que practicar la excisión de la vaginal; cloroformización; incisión de 8. cm., resección de la túnica vaginal quedando solo para cubrir el testículo; suturas, profunda con catgut y superficial con seda. Curación sin una gota de pus.

Dos casos de pólipos nasales extirpados con el polipotomo de Zaufal; curación.

Un caso de resección del cornete nasal inferior, con anestesia local; curación.

Tres casos de onixis operados por anestesia local con cloretilo, corte medio longitudinal de la uña, arrancamiento aislado de cada mitad, cura con yodoformo. Curación definitiva.

Un caso de osteomielitis de la tibia, en sujeto de 17 años. Operado bajo cloroformo mediante incisión de 8 cm, en el borde anterior, tercio superior; separación de partes de hueso mortificadas, mediante gubia. Fué necesaria una segunda intervención de la misma clase á los dos meses. Curación.

Un caso de cálculos uretrales, operado por incisión perineal, bajo cloroformo, del cual he dado cuenta en el número 4, año IV de esta misma Revista.

He practicado cinco raspados uterinos con curación definitiva en todos los casos. La técnica seguida ha sido la siguiente, según la practica mi querido amigo el doctor Ruperto Sánchez, distinguido Ginecólogo de Madrid: dilatación previa con tallo de laminaria durante 12 ó 16 horas; antisépsia vulvo-vaginal; cloroformización; dilatación gradual durante el acto operatorio mediante dilatadores metálicos; legrado con cucharilla Recamier; irrigación intrauterina con sonda de Doléris con agua hervida bien caliente; taponamiento intrauterino con gasa yodofórmica Johnson. El curso post-operatorio ha sido en todos los casos satisfactorios, ni hemorragia y sin fiebre. Alta por curación del octavo al décimo día.

Un caso de pólipo uterino, M. B., tamaño de una nuez, pedículo largo implantado en la cavidad cervical. Operado bajo cloroformo; extirpación mediante el estrangulador curvo de Chasaignac. Taponamiento con gasa yodofórmica. Curso post-operatorio apirético y sin hemorragia. Alta por curación á los siete días.

Seis casos de dacriocistitis purulenta curados por cateterismo de vías lagrimales, en dos casos cateterismo por punto y conducto lagrimales superiores, seguido en dos casos de inyección en el saco de disolución de nitrato argéntico al 1 por 500. Curación.

Tal es la serie de casos en que he tenido necesidad de intervenir. La estadística, como puede apreciarse por lo expuesto,

escasa y de esfera modesta, como corresponde á quien no practica cirugía exclusivamente, servirá para indicar algo de lo que puede hacerse donde no se hallen condiciones abonadas para intervenciones de mayor importancia.

Béjar, Septiembre de 1908.

Valor pronóstico de la bradicardia

Conferencia dada en la Academia Médico-Farmacéutica por el

DR. AGUSTIN DEL CAÑIZO,

Catedrático de Patología y Clínica Médicas.

SEÑORES:

Entre todas las espinosas y difíciles cuestiones, que el médico se vé precisado á resolver, ningunas son ciertamente tan áridas y escabrosas, como las referentes al pronóstico de las enfermedades.

Por ellas, resultan patentes las equivocaciones más groseras, causa frecuente de graves quebrantos en nuestro prestigio profesional, que á veces llega á ser objeto hasta de rechiflas mortificantes; pero ellas son, así mismo, las que suministran mayor fama y nombradía á los clínicos que saben manejarlas sabiamente y disponen de manera oportuna sus relumbrantes efectismos.

Difícil y arriesgado es en todas las cosas el oficio de profeta y mucho más en nuestra intrincada medicina, ¡harto haríamos, en la mayor parte de los casos, con definir bien el presente! pero nuestra profesión no tiene entrañas, nos exigen que seamos adivinos del porvenir y tenemos que serlo, porque así nos lo pide un mísero paciente, ansioso de conocer el término de sus desdichas y una familia atribulada, que anhela ver en nuestro fallo, la confirmación ó la ruina de sus esperanzas y de sus ilusiones.

Nos lo exige así mismo, de una manera menos dramática, pero no menos humana, el coro general de amigos, vecinos y comadres, siempre dispuesto á juzgar de nuestra conducta, con más propensión al sarcasmo que á la benevolencia.

Por esto son, sin duda, las cuestiones pronósticas, las que nos presentan dificultades mayores; porque en ellas tenemos que cumplir á un tiempo dos trabajos de índole diferente: uno de abnegación y altruismo y otro de protección y defensa contra las mil bocas de la murmuración, siempre dispuestas á morder en toda clase de prestigios, pero muy singularmente en los prestigios del médico.

De ahí, que nuestro esfuerzo deba dirigirse, con todo afán, á ejecutar de la mejor manera éstas delicadas funciones, tanto en provecho de los extraños, como en beneficio de nuestra fama, de esa fama profesional que es la honra de nuestro título.

De todas las variedades pronósticas, es el pronóstico *quo ad vitam*, como desde luego se comprende el más interesante y trascendental.

Para esta clase de pronóstico, siempre se ha concedido una importancia capital al examen del pulso; importancia harto justificada, porque así como en los rasgos del semblante se reflejan y dibujan las más elevadas funciones del pensar y del sentir, así las modalidades del pulso, nos reflejan en sus latidos, el trabajo del corazón, de esa víscera en que parece refugiarse el último hálito de la vida y cuyos desfallecimientos y flogeras, debemos recoger, con el mayor cuidado, los que estamos encargados de medir y apreciar, el tiempo que media y el espacio que separa á lo animado de lo inerte.

Estas ideas han venido á mi memoria, con motivo de un enfermo, que hasta hace algunos días pisaba las salas de nuestro Hospital y cuya observación despertó recuerdos de mi práctica, que voy á referiros, deseoso de que ellos puedan enseñaros alguna cosa de provecho.

Se trataba de un sujeto de 68 años de edad (R. B. G.), viudo, jornalero y natural del Olmo.

Ingresó en la Clínica, para tratarse uno de los muchos catarros bronquiales, que desde hace tres años viene padeciendo. Curó fácilmente de aquél catarro, que no ofreció por lo demás nada digno de mencionarse; pero lo que llamó poderosamente mi atención, al examinar por vez primera al referido enfermo, fué la lentitud ó, por mejor decir, la rareza de sus pulsaciones, de las que solo se contaban 44 por minuto.

A simple inspección, se notaban en el enfermo signos eviden-

tes y acentuados de ateroma, siendo muy pronunciado el signo de la temporal, la dureza y flexuosidad de todas las arterias y el arco senil, aunque no demasiado acentuado este último, si se tiene en cuenta la edad avanzada del sujeto.

Contestando á nuestras preguntas, nos refirió que, desde hace próximamente un año, viene sufriendo de unos ataques, que suelen aparecer al levantarse de la cama y que consisten generalmente, en una obnubilación acompañada de zumbido de oídos y sensación vertiginosa, que le obliga á agarrarse á los objetos más inmediatos, á fin de evitar la caída. En otras ocasiones, aunque con menos frecuencia, el ataque adquiere mayor intensidad, llega á la pérdida absoluta del conocimiento y el enfermo cae en tierra, inerte, presentando en la actualidad y como huella de sus últimos ataques, una erosión en la cara palmar de una mano,

Estos ataques duran poco tiempo, dos ó tres minutos, cuando más; al desaparecer no dejan en pos de sí trastorno alguno y el enfermo puede dedicarse á sus habituales ocupaciones. No ofrecen tampoco periodicidad en su presentación y si bien hay épocas en que se repiten á diario, también desaparecen por completo durante algunas temporadas.

La exploración por aparatos, demostraba en el respiratorio los signos del catarro bronquial, antes citado.

El corazón latía, con ritmo lento, pero acompasado y regular, siendo el número de pulsaciones de 44 por minuto.

Aquí conviene hacer una distinción:

El pulso lento (dice Ozanam) es aquél en que todos los elementos, sistole, diástole y reposo, evolucionan en un periodo de tiempo más largo que en el estado fisiológico. El pulso raro es aquél en que el sistole y el diástole se verifican con una rapidéz normal, pero son seguidos de un reposo que pasa de los límites habituales.

El pulso de nuestro enfermo, era pulso lento, según podía comprobarse por auscultación y por el análisis de la gráfica.

Los tonos cardiacos eran limpios y resonantes; no se advertía ningún ruido patológico, ni señal de contracciones abortadas.

Por parte del aparato urinario hay que anotar una poliuria muy considerable, con polakiuria también muy acentuada: durante las noches, el enfermo se despierta á orinar cinco ó seis veces y la cantidad en las 24 horas es muy superior á la normal. No

tenía albumina ni glucosa. En el sistema nervioso no hay otros síntomas dignos de anotarse, aparte los citados, que la exageración de los reflejos patelares. Normalidad completa en todo lo demás.

El pulso lento permanente con los ataques sincopales, en un sujeto positivamente arterio-esclerósico, caracterizan á un curioso síndrome morboso que se denomina enfermedad de Stokes Adams, como homenaje á los clínicos que primeramente la describieron.

La patogénia de esta rara afección ha sido bastante discutida: Stokes y los primeros autores que la estudiaron, explicaban todos sus síntomas por la degeneración grasienta del corazón y por lesiones aórticas concomitantes. Tales ideas han perdido paulatinamente su prestigio y hoy se explica el pulso lento con ataques sincopales ó epileptoides, como una manifestación dependiente del bulbo raquídeo, por degeneración de sus arterias y trastornos consiguientes de su riego sanguíneo.

Experimentalmente ha demostrado Brown Sequard en 1850, y después Duret y Couty, que la excitación del bulbo y la anémia bulbar, produce rareza y lentitud del pulso.

Por otra parte un síndrome análogo al de Stokes Adams, se presenta también en otros padecimientos que afectan más ó menos directamente al bulbo raquídeo, tales son los traumatismos de la parte alta de la columna cervical, el mal sub-occipital de Pott, la paquimeningitis cervical hipertrófica, etc., etc.

Los traumatismos cervicales reproducen con mucha frecuencia el citado síndrome, siendo muy interesantes bajo este aspecto las observaciones de Halberton, Gurll, Hutchinson, Rosenthal, etcétera, etc.

Referiré la observación de Halberton (1) por ser de las más antiguas y de las que ofrecen mayor curiosidad.

Se refiere á un caballero de 64 años de edad, que en una partida de caza sufrió una caída de cabeza y perdió un instante el conocimiento. Se vió obligado á guardar cama, quejándose de un dolor vivo en el cuello y de una dificultad marcada en los movimientos de la cabeza. Esta dificultad persistió mucho tiempo y sin embargo durante los dos años que siguieron al accidente, este señor pudo dedicarse bien ó mal, á la mayor parte de sus ocupa-

(1) Transacciones médico-quirúrgicas de Londres, 1844.

ciones favoritas. Solamente al cabo de estos dos años sobrevino la primera crisis sincopal y con este motivo se reconoció que el pulso estaba permanentemente lento, los accesos se reprodujeron y se aproximaron cada vez más durante el curso de los dos ó tres años siguientes, al mismo tiempo que se hacían más largos. El estado sincopal, era por lo regular reemplazado bien pronto en estas crisis por fenómenos apoplectiformes y epilectiformes y el pulso, que en las condiciones ordinarias, está por término medio á 33, bajaba á 20 y aun á 15 al aproximarse el acceso y cesaba momentáneamente de latir, cuando este se había declarado.

En una de estas crisis sobrevino la muerte y he aquí el resultado de la autopsia verificada por Lister: La parte superior del canal espinal y el agujero occipital, se había estrechado considerablemente en el diámetro antero-posterior; apenas podía introducirse en este último el dedo pequeño; la dura madre y el ligamento que recubre la parte posterior del cuerpo del axis estaban muy engrosados; el atlas había conservado su situación normal, pero las articulaciones que le unen al occipital habían sufrido la anquilosis ósea de tal manera, que no permitían movimiento alguno; la médula oblongada era muy pequeña y de una consistencia muy resistente. El corazón estaba voluminoso, las paredes ventriculares más bien delgadas; pero por lo demás no presentaba ninguna alteración digna de observarse, si se exceptúa cierto grado de engrosamiento del endocardio en algunas cavidades.

El autor no duda en atribuir todos los síntomas dados á conocer en su interesante observación (pulso lento permanente y crisis sincopales, seguidas de síntomas apoplécticos y epileptoides) á los efectos de la compresión que la médula cervical y el bulbo habían debido sufrir á consecuencia de la estrechez que presentaban la parte superior del canal vertebral y el agujero occipital.

Siendo yo muy bisoño en el ejercicio de la profesión (pocos meses después de haber terminado mi carrera) fuí llamado para prestar asistencia á un enfermo, en cuya historia hallareis un gran parecido con la anterior.

Se trataba de un señor de unos cuarenta años que algún tiempo antes y al bajar, entre un gran barullo, las escaleras de una plaza de toros, perdió pie y cayó en tierra, siendo pisoteado por la gente y no pudiendo determinar bien dónde sufrió el golpe por-

que perdió completamente el conocimiento durante algunas horas. Como consecuencia del traumatismo se le presentó un tortícolis muy acentuado y doloroso, mas una paresia también dolorosa del brazo izquierdo, que algún tiempo después se acompañaba de atrofia muscular, más pronunciada en los músculos del hombro. Presentaba también desigualdad pupilar y *bradicardias* muy manifiestas.

Diagnosticué el caso de compresión de la médula cervical por hemorragia intrarraquídea muy probablemente, y comencé á tratarle con masaje, electricidad y demás medicaciones apropiadas; pero poco avezado á tales asuntos, no supe concederle la importancia pronóstica que desgraciadamente tenía y la inesperada y súbita muerte de este señor fué para mí una triste sorpresa al par que una enseñanza que no se borrará de mi memoria.

El mismo síndrome puede también presentarse en el mal suboccipital de Pott y en otra enfermedad de la misma región: la paquimeningitis cervical hipertrófica. Recuerdo haber visto, hace algunos años, á un niño afecto de mal cervical de Pott, con el cuello doloroso é inmóvil y con síntomas análogos á los referidos anteriormente. Este enfermito era considerado como reumático, no se concedía importancia al asunto y se le trataba ¡con chorros calientes en la nuca!; todo por desconocer la importancia de este síndrome, cuya triste significación pronóstica se ve confirmada en la mayor parte de los casos, y como también se confirmó, desgraciadamente, en el enfermito que acabo de referir.

En los casos citados y en otros muchos de compresiones de la médula cervical, tanto la bradicardia, como las crisis sincopales, indican la participación del bulbo, por lo que su aparición es más constante en las compresiones cervicales altas. Y su significación pronóstica se corresponderá también fácilmente, con solo recordar la importancia fisiológica del bulbo, al que con razón se ha llamado *nudo vital*.

El mismo síndrome de bradicardias y ataques sincopales puede presentarse como manifestación bulbar consecutiva á enfermedades infecciosas y muy especialmente á la difteria. En estos casos, cuyo pronóstico es siempre muy grave, si la bradicardia se trueca en una taquicardia acentuada, podemos predecir que se acerca el funesto desenlace.

La bradicardia aparece también como síntoma de muchas en-

fermedades encefálicas, como la hemorragia y los tumores cerebrales, la hidrocefalia, las meningitis, etc., etc. y en todas ellas tiene un valor transcendental para el diagnóstico y el pronóstico.

Pero no siempre tiene la bradicardia; tal significado de gravedad y á veces el ritmo raro ó lento del corazón se presentan sin ningún peligro para la vida. Es un hecho excepcional, pero indiscutible, la existencia del pulso lento normal.

A veces se encuentra en sujetos perfectamente sanos y normalmente constituidos, en lentitud extraordinaria en las pulsaciones, que suele ser congénita, pues que se comprueba desde las infancias y hasta se ha señalado una cierta influencia familiar.

Ejemplos de estos casos han sido citados por muchos autores, Haller, Corvisart, Vigouroux, Potain, Rendu, etc.

El caso más conocido es el de Napoleón Bonaparte, que al decir de Corvisart, no tenía más que 40 pulsaciones por minuto. Pero según referencia de algunos médicos (1) Napoleón había tenido en diversas ocasiones accesos convulsivos epileptoideos.

¿Padecía acaso Napoleón una enfermedad de Stokes-Adams? La larga duración del proceso hace desechar esta idea y más parece que se trataba de un pulso lento normal en un epiléptico de crisis raras.

Otras bradicardias reconocen su origen tóxico, como el pulso raro que se presenta en ciertas ictericias y es de intoxicaciones por el tabaco, el plomo, la digital, etc., etc.

Otros tienen su origen meramente en enfermedades del corazón y éstas entran más de lleno en lo que Huchard ha llamado la bradidiastólia, que obedece á una mayor duración del diastole, durante el cual los ventrículos sufren una replección mayor que la ordinaria. Esto suele ocurrir al final de muchos padecimientos aórticos, de estrechez ó insuficiencia, en degeneraciones del miocardio y en intoxicaciones por la digital; ofrece también una gran importancia pronóstica y Huchard, fundándose en este síntoma ha podido predecir la muerte con anticipación de algunos días.

Excitan también ciertas bradicardias nerviosas, no debidas á lesiones del bulbo, sino producidas por un mecanismo reflejo, no bien comprendido ni apreciado hasta ahora.

(1) O'Meara.—Napoleón en el destierro ó el eco de Santa Elena.

A este objeto voy á referir otro caso de mi propia experiencia y que juzgo también muy interesante.

El año pasado, creo que fué en los primeros días de Mayo, fuí llamado con grande urgencia para ver á un enfermo, en consulta con uno de los médicos más distinguidos y acreditados de esta localidad.

El paciente era un joven estudiante de 22 años de edad de constitución muy fuerte y vigorosa.

Desde algunos días, venía presentando un cambio manifiesto de caracter, cefalea intensísima, insomnio y algunos vómitos, trastornos que las personas allegadas atribuyeron al exceso en los estudios, toda vez que el citado joven por hallarse en víspera de examen, venía desde tiempo atrás, durmiendo muy poco y estudiando demasiado. En esta situación se presentó, de pronto, un ataque convulsivo con pérdida de conocimiento; después un segundo ataque y enseguida un tercero que alarmó á médico y familia y fué motivo de la consulta.

Encontré al enfermo en estado soporoso, con completa inconsciencia de cuanto le rodeaba; los reflejos cutáneos y tendinosos exagerados al extremo, temperatura normal y *50 pulsaciones por minuto*. No se encontraba ningún otro síntoma.

Ante tales datos, lo mismo mi compañero que yo, tuvimos miedo á la meningitis y comunicamos nuestros temores á la acongojada familia.

Pero por otra parte hubimos de pensar que el paciente tenía estigmas neuropáticos muy acentuados por parte de sus colaterales, y él mismo había padecido algún ataque convulsivo en su primera infancia. Además no podíamos apartar de nuestra imaginación, que á la enfermedad presente habían precedido vigiliadas y exagerados trabajos intelectuales que durante muchos días mantuvieron su sistema nervioso en un estado de exagerada tensión !

En consonancia con estas ideas, prescribimos al enfermo fuertes dosis de veronal; durmió diez ó doce horas seguidas, á la mañana siguiente se hallaba más tranquilo y las pulsaciones eran de sesenta al minuto, y al otro día estaba completamente normal.

Este caso de gran curiosidad y enseñanza, nos demuestra cómo el médico para formular un pronóstico, necesita tener muy en

cuenta todos los datos intrínsecos y extrínsecos, así subjetivos como incidentales.

El pronóstico bien instituido supone un perfecto conocimiento de la enfermedad y de todas las que con ella puede estudiarse, del enfermo y de las particulares condiciones que le rodean; ni un detalle puede menospreciarse para tan delicado juicio, el más sutil é intrincado de todos.

Asociación de Médicos titulares del distrito de Salamanca

A fines de Octubre se verificó una reunión de los médicos titulares del distrito de Salamanca.

Ocupáronse los reunidos, bajo la presidencia del doctor Pinilla, de la dimisión de éste y de toda la Junta, y después de amplio debate, pues los presentes no querían aceptar semejante renuncia, se acordó por unanimidad la siguiente candidatura:

Presidente, don Telesforo Rodriguez de Dios (de Palencia de Negrilla).

Secretario, don Juan Sanchez y Sanchez (de los Villares).

Tesorero, don José Martin Moran (de Parada).

Vocal, don Matías Mediano (de Arapiles).

Acordóse luego publicar en la "*Revista Médica Salmantina*," las actas de las sesiones y los acuerdos que se tomasen.

Entre ellos, se convino: 1.º en satisfacer una cuota mensual de dos pesetas para los gastos de la Asociación de este partido y para ayuda de gastos de representación del Delegado provincial don José Nuñez; 2.º Dirigirse á todos los compañeros del distrito solicitando su concurso; 3.º Promover una reunión de presidentes de todas las asociaciones de la provincia para tomar

una actitud definida frente á los problemas que agitan á la clase de titulares.

* * *

En fecha posterior se han reunido los presidentes de las Asociaciones de partido de esta provincia y han acordado dirigir á todos los titulares de España la siguiente carta:

A LOS MÉDICOS TITULARES DE ESPAÑA

Compañeros:

Los que suscriben, Presidentes de los partidos judiciales de la provincia de Salamanca, reunidos en la capital el día 1.º del presente mes, con objeto de cumplir lo que preceptúa el art. 70 del Reglamento general de la Asociación, después de dar un amplio voto de confianza á don José Núñez Izquierdo, Delegado provincial dimisionario, por su gestión como tal y como Vicepresidente de la Junta Central, y de ser elegido por unanimidad rogándole que admitiera la representación de esta provincia, accediendo á ello merced á insistentes súplicas, acordaron lo siguiente:

1.º Pedir en su día á quien corresponda, y en forma oportuna, que sean refundidas en una sola Junta, la Central, la de Patronato y la del Montepío. Entre otras razones para evitar competencias y rozamientos y principalmente por procurar hacer economías de que tan necesitados están los Médicos titulares.

2.º Prescindir de hombres políticos y de todo elemento extraño á la clase para la Junta de Patronato que ha de votarse en breve proponiendo candidatos á los señores don Carlos María Cortezo y don Angel Pulido y candidatos suplentes á los señores Ortega Morejón y Lobo Regidor, por considerar ya capacitados á los Médicos para gobernarse por sí mismos.

3.º Haber visto con disgusto la designación de nombrar por regiones para la Junta de Patronato, pues tratándose de hermanos, entiende la representación de los Médicos salmantinos que no es conveniente separarse en castas, debiendo ser sus candidatos los que por el amor á nuestras instituciones, los que por su honradéz y actividad se hayan hecho acreedores á la confianza de la clase, ejerzan donde quieran.

Como asimismo consideran no ser práctico ni conveniente

que el señor Almarza figure en la candidatura, como se desprende de lo dicho por él en el «Boletín» correspondiente al 28 de Noviembre último y por otras razones que no son del caso mencionar.

Hemos de hacer constar que los acuerdos tomados son el fiel reflejo de la opinión de las entidades que representan, sin que éstos obedezcan á excitaciones de nadie, y descartados de prejuicio alguno: son tan solo nacidos por el interés que sienten hacia la clase y hacia la Asociación, y que con sinceridad exponen á la consideración de todos los titulares, por si creen conveniente secundarlos

Salud y unión.

Por el distrito de Salamanca, *Telesforo Rodríguez de Dios*.—Por Ledesma, *Eduardo Sánchez*.—Por Alba de Tormes, *Adolfo Acevedo Merás*.—Por Vitigudino, *Casto Sánchez Tapia*.—Por Béjar, *Cláudio Sánchez Hernández*.—Por Sequeros, *José Gómez Millán*.—Por Peñaranda, *Luis de Dios Rodríguez*.—Por Ciudad Rodrigo, *Angel Mirat Villar*.

Para rectificar

Copiamos del *Boletín de la Revista de Medicina y Cirugía prácticas*:

«¡INCORREGIBLE!—Pretender corrección en Almarza, es lo mismo que pedir peras al olmo. Al Presidente de la Asociación ha ya años que le calificamos de autócrata y su conducta no nos ha desmentido. Le piden sus mismos compañeros y consocios que rectifique noticias ó conceptos erróneos vertidos por él en el *Boletín*, y no hay forma de que lo haga: da siempre la callada por respuesta. Esto es lo que ahora le acontece al digno Catedrático doctor Rodríguez Pinilla, á quien sin consideración alguna ataca Almarza en el *Boletín de la Asociación*, y se niega á publicar la carta que le ha dirigido dicho ilustrado compañero doctor Pinilla, según puede verse en la que dicho Profesor nos dirige:

Sr. D. **Rafaél Ulecía y Cardona**, Director de la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*—Madrid.

Mi estimado amigo: Hace tres semanas el señor Almarza me

ILUSTRE COLEGIO DE ABOGADOS

DE

SALAMANCA



Asuntos:

Los que trata el art. 63
siguientes de los Estatutos
vigentes.

Este Ilustre Colegio se reunirá en
Junta general el día 3 de Enero
de 1907 á las 12 de la mañana.

Lo que, de orden del Sr. Decano,
participo á V. S. rogándole se sirva
asistir con puntualidad.

Dios guarde á V. S. muchos años.—
Salamanca 15 de Diciembre de 1907

EL CONTADOR—SECRETARIO.

D. Revilla

Sr. D. *José María de Oms*

dirigió en el *Boletín* una respuesta-ataque á mis ideas sobre la situación de los titulares. Contestéle por cortesía al día siguiente y me extraña no haya dado publicidad á mi carta, allí donde se me atacaba...

No tengo copia de mi escrito, pero en resumen hacía constar:

1.º Que si yo tengo muchos cargos, son gratuitos la mayoría de ellos.

2.º Que siempre me pareció mal que el *Boletín* se ocupe de personas y no de cosas.

3.º Que no dogmatizo ni en cátedra, pero que tampoco soy propagandista de perogrulladas, y una de ellas es que el liberalismo defiende la separación de poderes.

4.º Que sigo pensando que debe imitar la Junta central la conducta de don José Nuñez y dimitir. Buena prueba de que no ha dimitido, es que el señor Almarza escribe: «dimitiremos cuando .. etc.»

5.º Que yo soy titular, por derecho propio, como si dijéramos. Es un error del señor Almarza el aparentar ignorarlo.

Suyo affmo.,

Dr. Pinilla

Revista de revistas

Latrasfusión directa de la sangre (Método de Crile). Por Alexis Carrer («Lyon Chirurgical»).

El profesor de Cirugía de Cleveland, señor Crile, ha establecido una nueva técnica que permite hacer eficazmente y sin peligro la trasfusión de la sangre de hombre á hombre. Los fundamentos en que apoya la operación, consisten en haber demostrado que la sangre es intercambiable entre organismos de la misma especie. La trasfusión rápida es peligrosa, pudiendo provocar el edema del pulmón. La hipertrasfusión también tiene peligros y Crile evita ambos.

La operación consiste en anastomosar el cabo central de la arteria radial del sujeto que suministra la sangre, al cabo central, de una de las venas superficiales del brazo del enfermo. Al prin-

cipio Crile hacía la sutura circular, pero como la anastómosis no debe funcionar sino corto tiempo, basta unir los vasos por un tubo de Payr. Actualmente ejecuta todas estas anastómosis con una cánula especial que es exterior á los vasos y por consecuencia no produce la coagulación de la sangre.

Para fijar los vasos emplea pinzas como las de los oculistas. Es necesario que éstas, aplicadas sobre el vaso, suspendan el curso de la sangre sin herir la pared.

La anastómosis se hace con una cánula del A: un tubo provisto de un pequeño mango aplastado que le hace más cómodo de usar.

El sujeto que suministra la sangre debe ser joven y de preferencia próximo pariente del enfermo: las dos personas, el paciente y el «donante» se acuestan sobre dos mesas paralelas, los brazos contrapuestos; el cirujano se coloca en medio. Basta anestesia local. Se disecciona la cefálica ó la bacílica; se la corta con ligadura periférica: si se contrae se la coge finamente con una pinza de disecar. Lo mismo se hace con la arteria radial del «donante» que se liga por la parte periférica. Se reseca la túnica celular externa del cabo arterial y se aplica la cánula. Los cabos de los vasos se acercan lo más posible fijando la vena sobre la cánula por ligadura circular. Terminada la operación se hace la ligadura de la arteria y de la vena y se sutura la piel. La circulación arterial de la mano es tan abundante, que la ligadura de esta arteria no presenta inconvenientes.

Las principales indicaciones de la operación son: hemorragias traumáticas y shock.

Patogenia de la tarsalgia.—M. Rochard leyó en la sesión que la Sociedad de Cirugía de París celebró el 18 de Noviembre una carta de M. Poncet en la cual este último sostiene, contra riamente á Kirmisson, la teoría inflamatoria en la tarsalgia de los adolescentes. La teoría mecánica le parece insuficiente. La actitud en pié, prolongada, juega un papel importante, pero principalmente como causa ocasional. Hay desde luego osteo-artritis, que puede ser de origen tuberculoso-tóxica.

Ruptura del bazo y riñón.

M. Chaput hace presente una observación de M. Kaplesco concerniente á un enfermo que, á consecuencia de una caída presentó todos los signos de una hemorragia interna. La laparotomía hizo constar una herida del riñón y del hilio del bazo que fueron taponadas con gasa. El enfermo presentó, dos días después, algunos signos de infección que condujeron al cirujano á sustraer por incisión lumbar la gasa abandonada en la fosa renal. M. Souligoux prefiere suturar las heridas.

Herida penetrante del espacio de Traube.

M. Michou hace la observación de un enfermo de herida penetrante del espacio de Traube por tala, con perforación del diafragma, herida del lóbulo izquierdo del hígado y doble perforación del estómago que él operó con éxito.

Astialismo por atrofia total de las glándulas salivares.

Dubreuil-Chambardel describe con este nombre la supresión total de la saliva por atrofia total de las glándulas salivares, que él ha observado en un sujeto de 61 años Patogenia oscura (¿infección canalicular?) Además de este caso inédito existe una observación análoga de Zagaci.

Medicación en el raquitismo, por el Dr. E. Collot.—(Le Progrés Médical).

Recomienda como medicación en el raquitismo, cuando el infante es de un año de edad, una emulsión cremosa glicerofosfatada, en lugar del aceite de hígado de bacalao, que es indigesto á esa edad. Cuando parezca útil hacer una medicación fosfatada intensa, recurre al jarabe de *neurogenol*, que es una asociación de fosfatos de sosa, magnesia, cal y potasa, posee propiedades reconstituyentes y estimulantes muy marcadas, superiores á las de los granulados del comercio. Esto es debido en parte á que los granulados ordinarios tienen más azúcar que principios activos, mientras que los fosfatos del *neurogenol* son naturales y no tienen azúcar. Desde luego, el medicamento en cuestión tiene un gusto fuertemente salado; pero, hasta en pequeñas dosis, es de

un gran poder terapéutico. En los infantes este gusto desagradable se enmascara haciendo una preparación siruposa

En los casos ligeros y de mediana intensidad, ese tratamiento fosfatado le ha dado al autor de este trabajo excelentes resultados y ha visto desaparecer en cuatro ó seis meses deformaciones óseas muy desenvueltas. Desgraciadamente, persiste á veces un estado dispéptico, una dilatación del estómago contra la cual es difícil á veces luchar.

En los casos graves, el tratamiento y la higiene resultan sin efecto. Bajo la influencia del *neurogenol* se nota generalmente una estimulación verdadera de los actos nutritivos. Los enfermos adquieren más fuerza, menos apatía, pero las deformaciones óseas son poco influenciadas y persisten en los miembros inferiores y en la caja torácica.

En resumen: el *neurogenol* es un poderoso antiraquíptico en los casos leves y de mediana intensidad.

Ictericia grave sin esteatosis y con hiperplasia parenquimatosa del hígado y retención biliar parcial, por MM. Ramond y Géraudel. (Le Progrés).

Hacen la observación de un cardiaco, antiguo reumático, que presentó brúscamente, cuatro días antes de su muerte, todo el síndrome de ictericia grave con policolia. El examen del hígado ha mostrado: 1.º ausencia de esteatosis aguda del hígado; 2.º ausencia de toda lesión de las vías biliares extra é intrahepáticas; 3.º existencia de placas de hiperplasia parenquimatosa. Este caso debe relacionarse con el relatado recientemente por Widal y Abramí, que han encontrado en el hígado de un individuo que falleció á consecuencia de una ictericia grave, estas mismas particularidades. La ausencia de esteatosis y la presencia de lesiones de hiperplasia parenquimatosa observada en estos dos casos, muestran que la ictericia grave no indica siempre la atrofia con esteatosis del hígado y puede responder á otras modalidades anatómicas. En el caso de Widal y Abramí (esa hiperplasia parenquimatosa, evolucionando en un hígado no alterado, ha determinado una hipermegalia notable del órgano; en el caso presente, tratándose de un hígado cardiaco atrofiado, esa hiperplasia parenquimatosa no conduce al mismo fin. Cualquiera que ello sea, la coexisten-

cia de la ictericia y la multiplicación de las células hepáticas indica una relación patogénica entre estos dos hechos. Estos autores creen que esa hiperplasia obra en ciertos casos *mecánicamente*, por compresión y obliteración de los canalículos biliares; en el caso presentado por ellos había lesiones de retención biliar.

La campaña sanitaria.

Para prevenirse.—La defensa de España.—Defendiendo Salamanca.—Por donde puede venir el cólera.

Acaban de publicarse en un folleto los discursos pronunciados en el Congreso y en el Senado por el señor ministro de la Gobernación, y por los señores Suarez Inclan y Rodríguez, con motivo de la discusión y aprobación del crédito de dos millones para atenciones sanitarias.

De su lectura se desprende que los lazaretos de Vigo y de Mahón, con el de Gando y los de Coruña, están necesitados de mejoras, si bien parece que el ministro espera solo á que existan bien dotados los dos primeros, dejando los otros dos, para futuros sanatorios.

Al presente se dá el caso de que si llega á Vigo un buque con patente sucia, tiene que ser despachado á un lazareto extranjero por no poder albergarse la dotación ó los pasajeros en San Simón. Con el dinero obtenido de las Cortes, el Estado atenderá á este servicio. Ya en el mes anterior se compraron unos aparatos de desinfección Caynton montados sobre chalanas que pueden acercándose á un buque infectado, desinfectarlo llevando á su interior, por un sistema de tubos, los vapores de formaldehido.

La defensa de la frontera francesa se ha empezado á hacer en Irún y Port-Bou. En ambas aduanas hay ahora inspecciones sanitarias servidas por médicos militares y civiles.

La defensa de la frontera portuguesa, preocupa también al Gobierno. Se van á construir para ello de acuerdo con las Compañías ferroviarias, Pabellones sanitarios en donde se instalarán estufas para desinfección de mercancías, depósitos para hacer lo mismo con los objetos menudos de comercio, oficinas para el personal, un cuarto de baño y buenos retretes Water-closets. Estos Pabellones

se harán en Fregeneda, Fuentes de Oñoro, Tuy, Badajóz y Valencia de Alcántara.

El Inspector de Sanidad de esta provincia ha remitido ya al señor ministro la Memoria oportuna sobre las estaciones internacionales de Salamanca, y ya están en poder del señor Gobernador civil los planos de esos edificios, trazados por el arquitecto señor Velázquez, y que se llevarán à realidad bajo la dirección del señor arquitecto provincial don Joaquín de Vargas.

Como se vé el Gobierno toma con tiempo medidas profilácticas, no atropelladamente, sino con estudio, y que serán definitivas. Por que, inútil será decir, que de lo gastado en la campaña sanitaria última de 1894 no queda nada en pié.

El cólera puede venir en efecto la primavera próxima, pues está sin extirpar en Rusia, y además se acaba de abrir una nueva vía férrea de la Meca à la parte oriental de Europa que facilita el arribo de los árabes que al volver de su peregrinación sagrada, son los que traen el microbio que se cultiva à orillas del Ganges.

El plan de defensa de España obedece à otro similar de los Estados de Europa. Bastará señalar el hecho de que este verano se acabaron en todas las fábricas de máquinas de desinfección las existencias que tenían y nuestro Gobierno tendrá que esperar la construcción de últimos modelos.

Merece pues un aplauso este género de preocupaciones del señor La Cierva, que pueden evitarnos incontables tristezas.

Publicaciones recibidas

Lyon Chirurgical.—Revue mensuelle. Tome I, núms. 1 y 2.

Sumario.—(del núm. 1) H. Albertin, De los abscesos fríos tubarios — A. Carrel, La trasfusión directa de la sangre por el método de Crile (trabajos originales) — G. Ciette, La colecistotomía sub-serosa.—Louis Taverner, Los traumatismos de la muñeca.—León Bexons, El Congreso de Bruselas.

Análisis.—*Patología general:* Vallas, De la anestesia general — *Tumores:* E. Charpenay, Estudio anatómico y clínico de los augumas musculares primitivos. — *Cráneo y centros nerviosos:* Th. Gabourd, Complicaciones órbito-oculares de las heridas por arma de fuego en la sien — *Sistema nervioso:* Pablo Gautier, Curación y curabilidad de las meningitis agudas — A. Chalier, Tra-

tamiento de la neuralgia facial por la trepanación.—*Columna vertebral*: L. Berard, Los tumores del raquis.—*Laringe*: Rabat, Sargnon y Barlatier, Las estenosis laríngeas.—*Torax*: Molimard, Los tumores del esqueleto torácico i'annay, Ausencia congénita de los músculos pectorales.—*Faringe*: M. Durand, Ablación sistemática de la naso faringe por resección temporal del macizo maxilo-mular.—*Estómago*: Augay, La yeyunostornia en el cáncer del estómago.—*Intestino*: Delore y Bertraud, Estenosis tuberculosas del intestino delgado.—Tixier, La tristerectomia abdominal total en el tratamiento del cáncer del recto.—*Hígado y vías biliares*: G. Cotte, Tratamiento quirúrgico de los traumatismos de las vías biliares.—*Organos génito-urinaros*: Papapoulies, Tratamiento del hipospadias.—Culty, El tratamiento del cáncer del pene.—*Miembros superiores*: Bosquette, La pronación y supinación en los traumatismos del antebrazo.—*Miembros inferiores*: Horand, La cadera de resorte.—Truchet, Resección total de las safenas en el tratamiento de las varicas.—Beard y Reudu, Hallux varus adquirido con clino-dactilia. Vallas y Deshouettes, Tarsectomia con conservación del calcáneo.

Sumario.—del núm. 2) P. Vignard y Gruter, Del plombage de las articulaciones. X. Delose y Thevenet, Tratamiento del ano contra E. Weil, P. Viguard y S. Moriquand, De las lesiones del hígado de origen clorofórmico (trabajos originales)—L. Tavernier, Los traumatismos de la muñeca.—M. Patel, XXI Congreso de Cirujía.—*Análisis*: Pat. general: A. Poncef, Reumatismo tuberculoso y tuberculosis inflamatoria.—*Huesos y articulaciones*: Nové-Jossraud, Tratamiento de las cavidades óseas de origen patológico.—L. Berard y Thevenot, De la obliteración de las cavidades óseas patológicas por el plombage.—Ball y Alamartine, Osteo artropatías hipertrofiantes de origen tuberculoso en el hombre y en el perro.—*Cráneos y centros accesorios*: Schuerder y Spick, El absceso del lóbulo temporo-esfercoidal de origen óptico.—*Sistema nervioso*: M. Jaboulay, Tratamiento quirúrgico de las neurálgias faciales.—*Cara*: Cl. y Fr. Martin, Sobre un método simplificado de tratamiento de las fracturas del maxilar inferior.—L. Arnaud, Actinomicosis ángulo-facial.—*Cuerpo tiroides*: Lesien Mayet, Antropología médica, El cretinismo y el bocio endémico en Francia, más particularmente en los Alpes.—*Torax*: M. Jaboulay, Cáncer del seno: epiteloma ulcerado con invasión ganglionar y generación hepática. Abstención operatoria.—*Estómago*: Blanc, Hernia epigástrica del estómago.—M. Patel, Tratamiento por la yeyunostomia de las fístulas gastro-cutáneas.—Truchet, Yeyunostomia por cáncer de estómago.—Gerest y Vianay, Estómago bilocular con estenosis concomitante del piloro.—*Intestino*: L. Berard y M. Patel, Resultados lejanos de las operaciones por tuberculosis del intestino delgado.—Resillot, De la resección intestinal en la hernia estrangulada.—*Hígado y vías bi-*

liares: J. Rebattu y J. Rheuter, Cáncer primitivo de los canales biliares.—L. Tixier, De la colecistomía sub-serosa en la operación de Kehv.—*Organos génito-urinarios*: M. Rafiu Tuberculosis renal y fibroma uterino —I. Arcehis, Los errores de interpretación de las radiografías de las vías urinarias —M. Rafiu, Sitis renal. —*Ginecología*: Albertiu, Tratamiento de los embarazos extra-uterinos.—Truchet, Kiste parovárico y Kiste dermoide del ovario del mismo lado.—J. M. Bertraud, De los abscesos fríos tubarios.—Pouillet, Histeropexia teuclosa.—*Miembros inferiores*: Piollet, Subluxación congénita de la cadera.—Viannay y Truchet, Treinta y seis casos de resección total de la safena interna.

Movimiento demográfico de Salamanca

		Septbr. Octbr	
		Población, 27.405.	
Número de hechos.....	Absoluto.....	Nacimientos	68 70
		Defunciones	62 68
		Matrimonios	20 19
Número de hechos.....	Por 1.000 habitantes....	Natalidad.	2'48 2'55
		Mortalidad	2'26 2'52
		Nupcialidad.	0'73 0'69
Número de nacidos.....	Vivos.....	Varones	29 24
		Hembras	39 46
Número de nacidos.....	Vivos.....	Legítimos.	57 60
		Ilegítimos.	6 6
Número de nacidos.....	Muertos....	Expósitos.	5 4
		<i>Total.</i>	68 70
Número de fallecidos....	Muertos....	Legítimos.	8 2
		Ilegítimos.	» »
Número de fallecidos....	Muertos....	Expósitos.	» »
		<i>Total.</i>	8 2
Número de fallecidos....	En hospitales y casas de salud. . . .	Varones.	27 39
		Hembras.	35 29
		Menores de 5 años.	26 30
		De 5 y más años.	36 58
		En otros establecimientos benéficos.	6 5
		<i>Total.</i>	15 16
		<i>Total.</i>	21 25

den dejar de serlo, con todo teníamos que hacer esta declaración para explicar la clínica numerosa que tenemos á diario.

Pero dejando aparte esto que siempre será una rémora allí donde ocurra, para hacer buenas y *verdaderas* estadísticas de morbilidad, y considerando como enfermedades, solo para este caso, á las que obligan á guardar cama ó interrumpen por más de un día las ocupaciones ó el trabajo, diremos que fuera de las crónicas y de las epidémicas de las que se hablará cuando llegue el caso, y considerando el año solar dividido en dos épocas, comprensiva la una de los meses desde Abril á Octubre y la otra desde Noviembre á Marzo todo inclusive, (1) predominan en la primera el paludismo, los afectos gastro-intestinales y las infecciones generales, y en la segunda las afecciones agudas del aparato respiratorio y los reumatismos y neuralgias.

Y especificando un poco más, que el paludismo con todo de ser frecuentísimo por aquí, aunque no tanto como en los pueblos comarcanos, desaparece por completo de la escena en los meses frios para reaparecer como nueva infección en Julio, Agosto y Septiembre, y como recidiva de la autumnal grave ó rebelde del año antecedente, en Abril ó Mayo. Que es incomparablemente más común en las gentes del campo. Que suele ser siempre benigno y franco. Que el tipo que adopta más comunmente es el terciano, siguiéndole luego el cotidiano, que suele hacerse subintrante á medida que avanza la estación, complicándose á veces en Septiembre y Octubre con afecciones graves (enfermedad tifo-malárica) y siendo sumamente escaso el tipo cuartano. Que este es un tipo primitivo siempre, á diferencia de los otros, que suelen cambiar de terciano en cotidiano y de este en remitente. Que son raras las fiebres perni-

(1) Esta división del año, aunque arbitraria al parecer por separarse de las generalmente seguidas, la damos por completamente natural bajo el punto de vista médico, al menos para esta región, y de este nuestro parecer apelamos al testimonio de los compañeros de ella, únicos que pueden ser jueces en el asunto.

ciosas y más aun la caquexia, quizá por su pronto tratamiento. Que el más rebelde á él es el tipo cuartano, siguiéndole en esto el cotidiano y el terciano, aunque este último recidiva también con frecuencia. Que el tipo remitente y con complicaciones obedece mal á la quinina, hasta que desaparecidas estas queda el paludismo campando. Que aun después recidiva él solo una ó más veces, hasta la época de los hielos (1) para volver á aparecer en forma más benigna en Abril ó Mayo siguientes...

Todas estas y aun algunas más que podrían hacerse, son observaciones que acaso mejor que nosotros podrían aclarar y valorar los compañeros de otras regiones, á reserva de que para trabajos de esta índole pudiera tachárseles, como seguramente se nos tacha á nosotros, de difusos en demasía. La materia, no obstante, lo merece, por tratarse de una endemia nacional muy extendida, y por nuestra parte basta ya de paludismo.

Las afecciones gastro-intestinales propias de la época á que aludimos, son más frecuentes en los meses de más calor, y sobre todo en las personas que se exponen á él y en los niños de dentición. En su naturaleza, son muchas veces indigestiones á las que suceden ó no gastro-enteritis, estas mismas primitivas ó de causa no bien aclarada, diarreas coleriformes, entero-colitis y disenterías que alguna vez toman la forma de epidemia, como ocurrió en los años 1899 y 1900 después de la repatriación de algunos soldados atacados en Cuba. Parece como si ellos hubiesen traído el gérmen de la enfermedad para sembrarlo y difundirlo, dando su fruto al encontrarse con condiciones apropiadas en el primer verano y el siguiente.

Justo es consignar, sin embargo, que en otra oca-

(1) Tanto conoce el vulgo ya á esta enfermedad, que pasa por cosa sabida para él que todo el que enferma de alguna gravedad en los meses de verano, no se cura ó no puede dedicarse al trabajo hasta que no coma la morcilla fresca. Alude á la época de las matanzas de los cerdos que suelen hacerse en Diciembre.

sión (verano de 1884) y en otra localidad de esta comarca donde entonces ejercíamos (Barruecopardo) observamos una epidemia de ésta clase tan intensa ó más que las á que ahora nos referimos, y que hizo algunas víctimas tanto en niños como en adultos.

La dentición, por lo que respecta á aquellos, si bien no puede tomarse como causa directa de enfermedades del aparato digestivo, sí es por lo menos una fortísima predisposición á ellas en esta época y más cuando se acompaña de lactancia nula ó insuficiente. El esquema de la morbilidad y mortalidad durante ella podría traducirse, como ya lo hicimos en una de nuestras publicaciones (1) hace años, en las siguientes frases: "*Dentición en verano y con lactancia nula ó mala = á muerte, ó al menos á enfermedad*„.

Las infecciones generales que hemos dado arriba como propias también de esta época, se refieren en su mayor parte á la enfermedad tifo-malárica que ya mencionamos con ocasión del paludismo y á otras varias cuyo principal lugar de acción y síntomas culminantes, fuera de la fiebre, radican también en el aparato digestivo. Son las llamadas antiguamente fiebres *gástrica, mucosa, biliosa, adinámica, atáxica*, etc., refundidas hoy en la denominación comun de tifoidea ó relegadas á una mera expresión sintomática de afecciones del estómago, hígado, etc. La verdadera tifoidea, caracterizada por todo el cortejo sintomático con que la describen los autores, y ya que el examen bacteriológico de la sangre nunca lo hemos hecho, es sumamente rara; y en todo caso habría que negar á la de por aquí el poder de difusibilidad, ya que no se presentan casos relacionados entre sí, sino solamente alguno que otro aislado.

Las afecciones del aparato respiratorio que predominan en la segunda época á efecto del descenso y cambios bruscos de temperatura unidos con mayor hu-

(1) Consejos á las madres de familia sobre higiene de la primera infancia. Salamanca. 1899.

medad, se refieren á corizas, anginas, laringitis y bronquitis agudas, á las exacerbaciones de las crónicas, y aunque no muy comunes, á algunas pulmonías y pleuresías.

Rara es la afección de estas que se localice con exclusión en el órgano que indica su nombre; y así se ve que un coriza ó catarro nasal, por ejemplo, se difunde por continuidad de la mucosa á las demás partes del aparato respiratorio, sin perder por eso su caracter. Y no es infrecuente tampoco que estas enfermedades se estacionen convirtiéndose en crónicas en sujetos malhumorados y en los predispuestos ó atacados ya de alguna otra del mismo aparato como la tisis pulmonar ó del circulatorio. La pulmonía fibrinosa aguda, aquella enfermedad flogística por excelencia como se decía no hace aun muchos años, el tipo de las inflamaciones francas, exquisitas, de aquellas que se yugulaban con un plan antiflogístico enérgico, es rarísima; y más se ven de aquellas catarrales, insidiosas, bastardas, ligadas ó no á la infección grippal que reina por aquí casi ya endémicamente.

Entre las anginas son las más comunes las amigdalitis, de poca ó ninguna gravedad, aun cuando sea su terminación, como lo es á veces, la formación de absceso; teniendo la particularidad esta enfermedad, de que rara vez ataca á uno ó dos individuos aislados, sino que cuando se ve uno con ella, hay que esperar fundamentalmente que muy pronto se han de presentar otros cuantos más.

Los reumatismos también son comunes en esta época, pero no el articular agudo, febril, que invade unas en pos de otras la mayor parte de las articulaciones de los miembros, repercutiendo en las vísceras y más que en ninguna otra en el corazón. Parece que esta, como la mayor parte de las enfermedades, se va bastardeando á efecto quizá de las nuevas fases y degeneraciones de la organización, exageradas de día en día por falta de cruzamientos con otras razas, y no se ven por eso las enfermedades francas y típicas tales como

las describen los autores. Entre algunas formas del reumatismo nudoso y gotoso, que son verdaderos trastornos de nutrición, lo que más se presenta á este respecto son los reumas musculares extendidos con frecuencia á los nervios, ó atacando á estos solos, á los tejidos fibrosos periarticulares y hasta á las vísceras, dando lugar á enfermedades infebriles por lo comun y cuyo síntoma principal es el dolor (humor, como dice el vulgo), el cual se traslada de una á otra parte (reumatismo ambulante) ó se fija en un sitio como en la ciática, tortícolis, etc., teniéndose á éste por de más duración y más grave que aquel.

Las neuralgias, aunque no bien diferenciadas clínicamente de estas formas de reumatismo ni de algunas lesiones nerviosas, no son infrecuentes tampoco en esta época, viéndose más comunmente las faciales consecutivas á catarros y las ciáticas por enfriamientos ó humedades.

Fuera de estos estados morbosos, de cuya relación con las causas que actúan principalmente en esas épocas no puede dudarse, hay otras varias enfermedades, frecuentes también, pero que invaden en cualquier tiempo y siguen la marcha que sea á favor, á despecho ó indiferentes á la acción de estas causas. La mayor parte de estas son las llamadas *enfermedades crónicas*, esos padecimientos que se amoldan ó identifican desde luego con el modo de ser del organismo, hasta el punto de no poder decir si el estado que constituyen es normal ó anormal con relación á la evolución que por ley natural había de sufrir el individuo. Las enfermedades agudas, son como un algo pasajero que se ingiere y vuelve á salir, si no tienen fuerza bastante para sacrificar al individuo; pero las crónicas se agarran á él desde luego si antes de conocerse no estaban ya agarradas, y aunque se corten sus manifestaciones, las ramas y los troncos, las raíces se quedan allí prontas á retoñar en cuanto las llegue ocasión favorable.

Y que aquí hay raíces de esas, lo dicen el linfatismo y nervosismo, esos modos de esencia y de acción del

organismo, que á pesar de la vaguedad en que se envuelven, influyen tanto y tanto, aquí y en todas partes, en todas las modalidades patológicas que puedan presentarse. Sea que los brotes que dan esos estados sean espontáneos y propios suyos, ó que aun siendo extraños haya quien les impulse ó les ayude, el hecho es que aquí é influenciados por esas causas, se ven catarrros bronquiales de larga duración, dispepsias que recidivan, reumas que se eternizan, pénfigos y eczemas que duran, y raquitismo, atrepsia, adenitis de diversa naturaleza, oftalmias, jaquecas, histerismo, ataques nerviosos, neurastenia, etc. Y por encima de éstas, y como cosas ya más graves, las lesiones orgánicas del corazón, las hemorragias y reblandecimientos cerebrales, la tuberculosis y algún caso de cáncer.

Las enfermedades estas, excepción, no obstante, hecha del último, tienden á aumentar de año en año, de modo un poco alarmante. De lesiones cardiacas y cerebrales, enfermos que no se curan y que, incapaces para valerse y producir, son mientras viven un gravámen, hay constantemente tres ó cuatro de cada clase, bien que por lo común son todos viejos ó rayanos en la vejez, y por consiguiente y bajo el punto de vista sociológico, es su muerte ó inutilidad menos sensible.

Pero no sucede así con la tuberculosis. Esta, sobre todo en su forma pulmonar, no ataca á los viejos; y de los 22 enfermos de esta clase, casi todos mujeres, que se han presentado á nuestra observación en el decenio, tendría la mayor 55 años y la menor 18, edades, como se vé, las mejores para el desempeño de la misión que cada uno en el mundo hubiese tenido que desempeñar.

Parece que esa cifra de 22 que no es exagerada la frecuencia de tal enfermedad comparándola con la de otras poblaciones; pero lo es y mucho, con relación á lo que aquí ocurría antes, puesto que en otro trabajo publicado en 1897, mencionado ya en notas antecedentes (1) y refiriéndonos á los seis años de ejercicio pro-

(1) Estudio histórico-clínico de la doble epidemia de sarampión y coqueluche, ocurrida en Villavieja en el año 1895-96.

fesional en la localidad que entonces llevábamos, decíamos que solo habíamos asistido á un padre y tres niños pequeños, el menor engendrado ya durante el mal, y muertos el primero de tisis pulmonar con empiema, y los otros de la misma, con extensión al peritoneo, gánglios, etc.

Desde entonces acá, la plaga se ha extendido, sin que pueda hallarse la relación de unos casos con otros en los más. En algunos, el contagio, si lo fué, vino de fuera (criadas de servicio en poblaciones, licenciados del ejército, estudiantes); en otros, pudo verificarse por convivencia con el enfermo (esposos, padres con hijos ó al contrario); pero en varios más, nada ha podido traslucirse, aun incluyendo los de tres hermanas muertas en el año último, viuda una y casadas las otras dos y contagiada una á lo sumo por un hijo que murió también, no habiendo para las otras disculpa de contagio familiar, por apenas relacionarse entre sí, y sin antecedentes tampoco para explicar por herencia la propagación del mal.

Las tuberculosis de otros órganos como el peritoneo, meninges, huesos, etc., primitivas, ó que aun no siéndolo dan en ellos manifestaciones que oscurecen ó dejan atrás á las del pulmón, no abundan tanto; pero no dejan de verse, á más de los casos de niños mencionados antes, algunos otros también en esa edad y en sujetos que por herencia ó contacto íntimo con tuberculosos pulmonares, han podido adquirir la enfermedad. Si de lo aquí observado pudieran sacarse conclusiones generales, diríamos que éstas tuberculosis eran poco menos que privativas de los niños nacidos y criados en esas circunstancias, y que solo por excepción las padecen los adultos.

El cáncer abunda poco en ninguna de sus formas, y el número viene á ser igual entre los externos ó de la piel y entrada, de las mucosas, y los viscerales.

La sífilis, si no desconocida, es sumamente rara y solo se vé trasportada de las poblaciones por algún joven, y algo más se vé de blenorragias que luego se extinguen

á beneficio del tratamiento, sin que ni unas ni otra, afortunadamente, hayan podido aquí tomar asiento.

Reasumiendo ahora todo lo dicho (y lo queda por decir) sobre la patología dominante en este pueblo, podemos establecer que las enfermedades que se tienen por tales por interrumpir las ocupaciones del individuo que las padece, son por orden de más á menos y excluyendo las epidémicas, el paludismo, afecciones agudas del aparato digestivo, bronquitis, infecciones de origen gastro-intestinal, reumatismos, amigdalitis, pulmonías, lesiones cardiacas, lesiones cerebrales, neuralgias, erisipelas, tuberculosis, mamitis puerperales, nefritis, blenorragias, cáncer.... una gama, en fin, de enfermedades como la que puede observarse en cualquier otro punto, salva, como es natural, la diferencia de más á menos casos de cada clase.

Esto en cuanto á la modalidad de la patología. En cuanto al número ó verdadera morbilidad, el tanto por 100 ó por 1.000 de los individuos que enferman y número de días que están en ese estado, no hay datos para establecerlo. Por los libros de las Sociedades de Socorros, hubiéramos podido averiguar algo concreto respecto á esto, siquiera fuese solo en relación con el número de individuos que las constituyen, y que son, como ya se ha dicho un buen núcleo, acaso el más sano y útil de la población. Pero los hemos consultado, vemos que adolecen de defectos, nos costaría trabajo im-probo sacar los datos pertinentes, y con todo no podríamos deducir cosa cierta para el total de ella. Por eso renunciamos á hacerlo, aunque señalamos el camino que alguien en otras circunstancias de lugar y tiempo, podría, si quisiera, seguir. Por nuestra parte y con respecto á Villavieja, establecemos sin género de duda, que la cifra de morbilidad verdadera, de esa que dificulta ó impide el trabajo, que implica gastos en vez de ingresos para el cuerpo social, corre parejas con la de la mortalidad, y que no es, por tanto, muy alta. Aunque en otras partes se separen de esto, que es lo ordi-