

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES: *Contribución al estudio de las lesiones oculares, auditivas y nasales producidas por los gases llamados asfixiantes*, por los Dres. D. Aniceto Gresa Mirambell y D. Santiago Gresa de Camps.—*La sífilis congénita tardía*, por el Dr. Felipe Sicilia.—*La reacción de Lange (oro coloidal) en la parálisis general (conclusión)*, por el Dr. Belarmino Rodríguez Arias.—*Enseñanzas quirúrgicas recogidas en la actual guerra (conclusión)*, por el Dr. D. Miguel Royo González.—*Los fermentos lácticos en las uretritis crónicas*, por el Dr. Ricardo Rosique Cebrián.—SECCIÓN VARIA: *La cuestión médica en el Ateneo de Madrid*, por el Dr. Albiñana.—*Asamblea Médica Regional Valenciana*.—*Nuestro Concurso*.—*Estadística*.

Se autoriza la reproducción de nuestros artículos, indicando la procedencia. De todas las obras que se nos remitan dos ejemplares, publicaremos un estudio crítico. El envío de un solo ejemplar da derecho al anuncio en lugar correspondiente. No se devuelven los originales, ni se publicarán los artículos que no estén íntegros en esta Redacción.



RECONSTITUYENTE :: TUBERCULOSIS :: CON-
SUNCIÓN :: ANEMIAS :: CONVALECENCIAS

Jarabe Antiferino Moreno

PREPARACIÓN RACIONAL Y CIENTÍFICA PARA COMBATIR CON ÉXITO EN TODOS SUS PERÍODOS LA MÁS REBELDE COQUELUCHE.

DENTICINA MORENO

SOBERANO REMEDIO PARA COMBATIR TODAS LAS AFECCIONES DEL ESTÓMAGO Y VIENTRE EN LOS NIÑOS.

Cura los VÓMITOS y DIARREA; facilita el BROTE y desarrollo de los DIENTES; evita el picor de las ENCÍAS. Combate las ALFERECÍAS y en general todos los desarreglos que lleva consigo el período de la DENTICIÓN.

Los preparados de **J. MORENO** se hallan de venta en todas las Farmacias, y en la de su autor

Plaza de Camachos, 26.-MURCIA



FARMACIA
CATALANA
DE
M. REBOROSO

(MURCIA)
LA MEJOR
SURTIDA
Y MAS
ECONOMICA



FARMACIA

— Y —

Dr. Progueria

Viuda de Ruiz Seiquer

Especialidades nacionales y extranjeras

Sueros y Vacunas

Medicamentos modernos _____

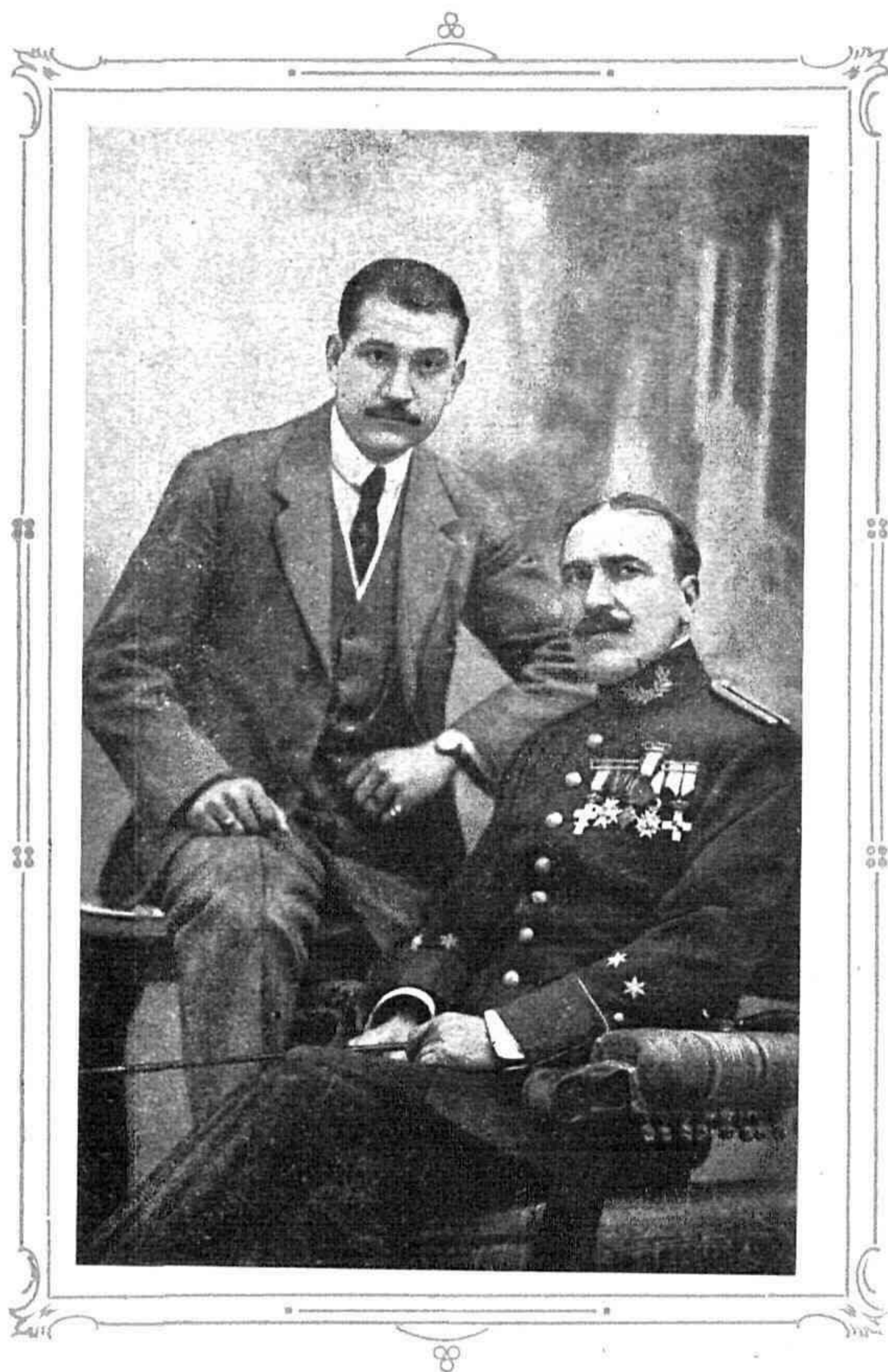
_____ Aguas minero-medicinales

Oxígeno puro para inhalaciones

— — — — —

Plaza de San Bartolomé

MURCIA



NUESTROS
COLABORADORES

Doctores GRESA

:: Recomendados en
nuestro Concurso ::



MURCIA MÉDICA

::: Publicación mensual de Medicina, Cirugía y especialidades :::

————— Órgano oficial de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia —————

Año IV .. Septiembre 1918 .. Núm. 42

TRABAJOS ORIGINALES

Contribución al estudio de las lesiones oculares, auditivas
y nasales producidas por los gases llamados asfixiantes

Resumen de un viaje al frente de La Champagne en Noviembre de 1916

POR LOS DOCTORES

D. Aniceto Gresa de Mirambell Y **D. Santiago Gresa de Camps**

Ex-Médico de la Casa Provincial de Caridad
de Barcelona.

Médico-cirujano y farmacéutico
militar.

Trabajo recomendado en el Concurso de MURCIA MÉDICA, celebrado el pasado año 1917

LEMA: Adelante con la destrucción de la Humanidad

Todos los efectos de los gases utilizados en la presente conflagración mundial conocidos vulgarmente con el nombre de asfixiantes sobre los aparatos ocular, auditivo y nasal, consisten esencialmente en manifestaciones locales de irritación y causticidad con la secuela correspondiente.

La mayoría de ellos como hemos dicho son irritantes, ejercen sobre el aparato de la visión acción dolorosa, fofóbica y lagrimógena, obrando con una intensidad variable, que puede dar lugar a consecuencias mucho más graves que el simple lagrimeo y suerte de él, ya que se trata de un fenómeno de defensa que tiende a diluir y alejar las substancias cáusticas; de todos modos, si existen en gran cantidad en la atmósfera el lagrimeo es insuficiente, produciéndose conjuntivitis y queratitis lo propio que alteraciones de tejidos más profundos, así puede inflamarse el iris consecutivamente a la perforación de la córnea, comprendiéndose también fácilmente

puedan ocurrir otras lesiones más o menos graves de consecuencias permanentes, como la blefaritis simple y ulcerosa, originando buen número de ellos la pérdida de una mayor o menor cantidad de pestañas, hipertrofiando el borde palpebral, dando lugar a triquiasis y ectropion y en otros casos, haciendo perder la transparencia normal de la córnea (nébula, mácula, leucoma simple o adherente).

Lo citado anteriormente puede ocurrir cuando la atmósfera contiene gran cantidad de dichos gases o sea cuando más que lagrimógenos son cáusticos ejerciendo su acción en todo lo que encuentran a su paso.

La descamación producida por la acción de dichos gases, por cuerpos extraños metálicos y pedacitos de tierra proyectados en el ojo por una explosión en las campañas, origina una lesión corneal, superficial, la cual, cuando hay una infección previa de las vías lagrimales (dacrio-ciclitis) o con frecuencia con una conjuntivitis crónica, origina la úlcera con hipopión lo propio que pasa en tiempo de paz con la úlcera de los segadores lesión epitelial de la córnea infectada por varios microorganismos (pneumo, stáfilo y streptococ).

Los atributos que presenta la queratitis con hipopión, o úlcera corneana con hipopión, son los siguientes: ulceración de fondo pardogrisáceo, dolor intenso del globo ocular irradiándose hacia la región temporal, fotofobia, lagrimeo, blefaroplasmo, dolor a la presión y aumento de tensión intraocular. La córnea se infiltra y los tejidos vecinos muestran señales de inflamación, conjuntivitis, congestión del iris e iritis propia. El pus del hipopión que se colecciona en las partes declives de la cámara anterior y que por cierto deriva del iris y del cuerpo ciliar inflamados, hay casos que llena completamente, todo el espacio, notándose quemosis bulbar y edema del borde libre del párpado superior.

En un periodo más avanzado la córnea infectada del todo vuélvese opaca, de color ocre amarillo, los dolores orbitarios y periorbitarios aumentan, perforándose la córnea y la cámara anterior se vacía si no recurrimos previamente al desagüe del hipopión mediante operación.

La perforación de la córnea encuéntrase con frecuencia precedida por una ectasia de la membrana de Descemet a través del fondo de la úlcera, y en esta situación forma una vesícula pequeña y transparente. La referida perforación ejerce un efecto favorable sobre el curso de la afección, los síntomas subjetivos se alivian y la úlcera empieza a curar ayudándole la disminución de tensión intraocular.

Cuando la abertura se cierra al verificarse la cicatrización, el iris puede volver a su situación normal (sino hay hernia) o bien unirse la córnea dando lugar a sinequias quedando casi siempre leucomas como reliquias de la afección los cuales alteran la visión; pero en casos menos afortunados, el ojo se re infecta invadiendo los microorganismos todo el tractus uveal quedando constituida la panoftalmía.

Entonces la eminencia del globo ocular es notable, quemosis palpebral acentuada, quemosis bulbar (rodete rojo al nivel de la hendidura palpebral); abriendo los párpados se nota que la conjuntiva bulbar está quemótica, muy roja, y con filamentos moco-purulentos; la córnea opaca; iris amarillentos e hipopión de grado variable, siendo los dolores peri-orbitarios muy agudos.

Aunque la inflamación purulenta de todo el tractus uveal es producido muy a menudo por una herida perforante infectada preséntase también consecutivamente a una úlcera con hipopión aunque en estos casos es más fácil sobrevenga la oftalmía simpática, inflamación serosa o plástica del tractus uveal de un ojo debida a los efectos de una inflamación similar del otro habiendo tenido ocasión de observar varios casos en el Hospital General de Nancy en soldados que fueron atacados por los gases que nos ocupan.

En dicho establecimiento benéfico comprobamos que una vez practicada la paracentesis corneana para dar salida al pus de la cámara anterior del globo ocular que constituye como sabemos el hipopión, evacuado cada seis horas con un estilete la nueva colección, formada, procurando se limpie perfectamente y siguiendo dicha curación algunas semanas no pudimos lograr que el pus dejara de aparecer de nuevo.

Aparte de la paracentesis dicha, con la clásica operación de Saemisch tampoco obtuvimos resultados definitivos, especialmente en las formas serpiginosas, pues no detiene la extensión de tales procesos destructivos, resultó también ineficaz el raspado con una cucharilla pequeña y afilada; en cambio, con el electro-cauterio previa anestesia del ojo, aplicando el electrodo toma un color rojo oscuro e interrumpiendo entonces, la corriente, con un termo bien fino o bien simplemente utilizando una fina cánula de platino calentada con lámpara de alcohol al objeto de quemar la úlcera después de practicada la paracentesis, no olvidando antes de efectuarla el instilar unas gotas de una solución de fluorescina al objeto de que se destaquen perfectamente los bordes de la misma, los resultados no pudieron ser más satisfactorios y en este último caso como se ve sin material quirúrgico especial.

Constituye mejor práctica en estos casos procurar la salvación del ojo enfermo mediante la incisión de la córnea, ya que de este modo, si se presenta una uveitis o una irido ciclitis en el otro, y termina con la pérdida del mismo cuando menos el paciente le quedará un ojo para acabar los días de su existencia.

En vista del gran peligro que origina el estar infectados los conductos lagrimales el Dr. Grelant, médico mayor del ejército francés, indica la necesidad de un previo y metódico examen de los mismos antes de salir los soldados a campaña y a los que presentan herida ocular en el mismo terreno, ya que una atmósfera de gases irritantes u otra de las causas de que nos hemos ocupado pueden originar lesiones de tanta gravedad.

Los signos que sin material instrumental nos demuestran no hay estancación como retroceso, dilatación o ectasia lagrimal, ausencia de permeabilidad capilar comprobada esta última con azul de metileno nos permiten admitir prácticamente que las vías lagrimales están sanas aun cuando exista lagrimeo hipersecretorio.

Las medidas que deben tomarse con los individuos que marchan a campaña y presentan infección, de las vías lagrimales, son las siguientes: la cura radical por extirpación del saco o destrucción ignea constituye la verdadera profilaxis contra la infección de una herida ocular interior y si existe panoftalmia o úlcera con hipopión también está indicada la cura radical del saco, combinada en el primer caso con la exenteración del globo y su enucleación en el segundo junto con el tratamiento de la queratitis ulcerosa teniendo en cuenta siempre cuanto tenemos dicho anteriormente.

* * *

La acción de los gases que estudiamos sobre el oído también tiene suma importancia ejerciendo una influencia más o menos perjudicial en las funciones de este delicado órgano, pudiendo por otra parte dar origen a enfermedades consecutivas que puedan hacer peligrar la vida, pues recordando que el oído tiene íntima relación de vecindad con diversas partes del contenido craneal parece muy natural que si está afectado de tumefacción, hiperemia o lo que sea se propague lo propio que una infección cualquiera.

Si obran los gases en cantidad concentrada basta la acción momentánea para que aparezcan sensaciones de ardor o picor desagradable en el oído, originando una inflamación edematosa, siendo el simple contacto del pabellón doloroso, lo propio que el acto de mascar.

Con un tratamiento apropiado los referidos síntomas calman pero a veces sobrevienen complicaciones debidas a los agentes ordinarios de la infección los cuales pueden llegar a la caja por la trompa de Eustaquio debido sin duda a la poca escrupulosidad en las curas.

La hipertrofia de la amígdala faríngea que como sabemos ocupa en el cavum naso-faríngeo la parte superior de la embocadura de la trompa es una causa predisponente para que en los soldados expuestos a la acción de los gases irritantes se desarrollen otitis, tanto, que sería muy conveniente una inspección muy cuidadosa de los mismos.

Estas otitis que por lo común suelen ser supuradas se manifiestan por escalofríos y coriza, fiebre de 38 á 39° y dolor que se irradia hacia la región parietal; el enfermo percibe un ruido sordo y pulsátil en el oído acompañado de una sordera manifiesta; de repente, experimenta una sensación de alivio y entonces se percibe que el

pus se ha abierto el paso a través de la membrana timpánica, al cabo de algunos días la supuración disminuye y la abertura tiende a cerrarse, mas en casos menos favorables va prolongándose dicha supuración terminando en crónica del oído medio.

Obsérvase algunas veces aunque por fortuna no es muy común que se propague desde la cavidad timpánica al laberinto y desde allí a las meninges pudiendo dar lugar a una leptomeningitis con los zumbidos acústicos y alucinaciones, sordera, vértigos, vómitos, hemianestesia facial y la correspondiente disociación pupilar.

La explosión de los obus cargados con substancias que originan gases asfixiantes al igual que todos los demás, da lugar frecuentemente, a causa de que la corriente de aire es comprimido bruscamente y con gran violencia contra la membrana timpánica a un desgarramiento de la misma siendo los síntomas subjetivos como recordaremos al parecer insignificante a veces, y en otras, determinan alteraciones muy marcadas de la sensibilidad auditiva y vértigos con zumbidos los cuales tienen menos importancia que el de Meniere cuyo cuadro se complica con la acción irritante de los gases.

Durante la presente campaña ha podido observarse que son bastante importantes los efectos que sobre el aparato olfatorio producen los gases que estudiamos ya que aparte de la coriza por la acción irritante de los mismos la pituitaria adquiere un estado de tumefacción inflamatoria crónica que ocasiona lesiones considerables de las conchas y especialmente de las inferiores, las cuales sufren alternativamente una ingurgitación a causa del cuerpo cavernoso, hipertrofiándose sobre todo en sus extremidades tanto anterior como posterior, produciéndose en dichos puntos tumefacciones tumorales que obstruyen la vía principal de la corriente respiratoria dando lugar muy a menudo a perturbaciones de índole asmática, dureza de oído, etc. etc.

Cuando el agente causante es el amoníaco, la arsenamina o el óxido de carbono entre otros gases, además del efecto irritante o cáustico sobre la pituitaria ejerce otro sobre la economía en general incoagulando la sangre siendo entonces la epistaxis efecto de ambas causas muchas veces.

La cantidad de sangre perdida es variable, por lo regular insignificante, pero en ocasiones, es muy abundante desgraciadamente, debido como hemos mencionado a la incoagulización habiendo tenido ocasión en un soldado del servicio aéronáutico en Epernay el cual a causa de los repetidos epistaxis presentaba palidez del semblante, vértigos, tendencias lipotímicas, sincopales, síntomas todos ellos de una anemia grave aparte de los propios del hidrógeno arsenical.

La acción cáustica de los gases utilizados da lugar frecuentemente a alteraciones de la mucosa olfatoria y de las células de Schultze, tales que llegan a perturbar

el funcionamiento sensorial, no siendo raro que den lugar a la pérdida del olfato. La anosmia a que nos referimos en ciertos casos suele ser unilateral y a veces pasajera, no siendo entonces fácil determinar con certeza si en realidad se trataba de los efectos de los gases o era debida a una causa psíquica.

Suelen también desarrollarse rinitis en los individuos expuestos a las inhalaciones masivas y constantes de los gases asfixiantes cáusticos traduciéndose en un principio como hemos tenido ocasión de observar en un caporal de zuavos en Châlons sur Marne (sometido a la acción del bromo o compuestos bromados según Mr. Dehorme) por estornudos repetidos e hipersecreción nasal, lagrimeo y epistaxis; más tarde las alteraciones profundas dieron lugar a una secreción mocopurulenta a costras gruesas, atacando el esqueleto, perforando el tabique y determinando necrosis óseas. Estas alteraciones se encontraban en la extremidad anterior del cornete inferior y en la parte anterior del tabique y si no fuera de que se trataba de individuos que habían sufrido la acción de los gases irritantes podría confundirse con lesiones terciarias sifilíticas.

Según Natier los gases que nos ocupan han sido causa directa de ocena accidental de formación algo rápida en individuos sin la menor defectuosidad patológica susceptible de predisponer a la aparición del mismo, pareciendo por tanto, constituir una contradicción a la tesis sobre la patogenia sustentada por dicho autor el cual hacía constar como recordaremos no se trata de una entidad morbosa sino una localización especial de un trastorno profundo del estado general que en estos casos son tan acentuados los de los aparatos respiratorios y digestivo que originan una miseria fisiológica de lo cual dedujo tratarse de una manifestación localizada en un segmento especial de una alteración anatomo-fisiológica evidente y profunda del revestimiento mucoso.

La acción determinante de dicho ocena fué súbito y violento a la vez y la rapidez inusitada de la marcha del proceso explícate fácilmente por la desorganización profunda desde un principio y generalizada del terreno sobre el cual evolucionó.

El ocena apareció a los tres meses del accidente y se inició con lagrimeo y cefalea en las sienas, erupciones en la lengua y sensación de quemazón en las fosas nasales con anosmia.

Según el Dr. Natier el mejor procedimiento para la curación del ocena de los gases asfixiantes consiste en aspiraciones de agua salada templada y la dilatación artificial de las alas de la nariz.



LA SÍFILIS CONGÉNITA TARDÍA

Por el DR. FELIPE SICILIA

DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE MADRID

Muy defendida su existencia por el malogrado Fournier quedaba como patognomónicos: 1.º La triada de Hutchinson; 2.º Defectos del desarrollo craneal y nasal, así como el tibial, produciendo deformaciones bilaterales de las tibias en forma encorvada de hoja de sable por la osteitis gomosa hiperostósica, que prolonga mucho los huesos y que todo el esqueleto suele participar en grado vario creando desarrollos físicos incompletos y tardios; 3.º Color pálido azulado de la piel y constitución débil; 4.º Manifestaciones en piel y membranas mucosas, y aunque es innegable se ven casos en los que a pesar de cierta buena apariencia al nacer, a medida que pasan años se van marcando estos estigmas y enseñoreándose del organismo en mayor grado, lo cual se debe al mayor acrecentamiento de gérmenes y virus a medida que las colonias son más antiguas y que tomaron posesión del ser desde que en el claustro materno pasaron inyectadas por la vena umbilical, sobre todo cuando esta transmisión morbosa se hizo en los tiempos finales del embarazo, cuando la madre contagiada tiempo antes bastante, pasó el mayor grado de infección y estaba en período latente al concebir o bien cuando muy al final del embarazo fué contaminada en cuyo caso después de descontar los períodos de incubación apenas trascurre unos días desde que el ser empieza a recibir descargas infecciosas hasta el parto; por tanto tenemos para nosotros que hay muchos casos de sífilis que bien por llevar mucho tiempo, bien por ser muy reciente cuando ya el ser estaba formado y desarrollado, a punto de salir y tener vida propia, en cualquiera de los dos casos el virus llegó escaso y atenuado por la madre a la incubación del hijo, en tan pequeña cantidad que necesita largo período de incubación, empezando bastantes años después del tratamiento por lesiones profundas y pasando desapercibidas muchas veces las superficiales que sobre todo en los casos de ser tan reciente la invasión de la madre que al pasar el ser por el canal genital encuentra en éste lesiones primarias y secundarias que le fueron inoculadas, pero que duraron poco en la piel del niño por venir la infección de fuera adentro y porque los lavados y baños de limpieza de los primeros días y las pequeñas erosiones que casi no se induran pueden pasar sin ser conocidas

o confundidas. A pesar de lo dicho de la distinta carga treponémica y tóxica que supone en un niño según la mayor o menor antigüedad de la infección materna y la atenuación de ésta, y de que es cierto que cuando la madre tuvo la infección en los primeros meses del embarazo o poco antes de concebir, así como aquellos otros casos, mucho más raros en que el espermatozoide y el óvulo acarreaban toxinas sifilíticas o treponemas que les acarrea gran pérdida de su poder vital, son los que más ponen en peligro al producto de esta concepción tan anormal, creando malas situaciones en la fijación del huevo, innumerables abortos y fetos con todas *las de la ley*, los genuínos y precoces heredo-sifilíticos, que a veces nacen con plena erupción, a pesar de todo no puede negarse que en muchos casos las manifestaciones de ragades, máculas cobrizas, placas eritematosas, ampollas de penfigo o las supuradas del ecti-ma plantar, micro-poliadenitis frecuentes en algunos y hasta algunos chancros inoculados al nacer pasan desapercibidos o confundidos con afecciones análogas, así en el prepucio y glande puede atribuirse una erosión a la orina incontinente que empapa y al fimosis que dificulta el paso, si no se conocen bien los detalles diferenciales de ambas y cuando la lesión primaria aparecen fuera de los genitales como es muy frecuente en los recién nacidos cuyo cuerpo ha fijado en puntos variables al pasar por genitales que están lesionados específicamente también en determinados puntos o bien fijados en su piel por las manos extrañas que los cuidan o por los instrumentos que los circundan, pudiendo pasar desapercibidos como una de sus múltiples lesiones escoriadas o escoceduras que suelen tener, siendo estas sífilis adquiridas muchas veces de curso relativamente benigno, a pesar de sus frecuentes recidivas y de la facilidad con que cura cada uno de los brotes, según dice Glück y como Gräfeuberg demostró los espiroquetas en las secreciones del cuello uterino en las mujeres con periodo secundario fácilmente se concibe la infección del niño en el parto; por tanto muchas veces en presencia de lesiones determinadas será muy difícil decidir si son de sífilis congénita tardía a modo de primeras manifestaciones de la misma o si se tratará de la recidiva número tal o cual de una sífilis hereditaria que desde los primeros tiempos dió lesiones típicas en vísceras, nariz y esqueleto en los cuales puede permanecer acantonada mucho tiempo como demostró Hochsinger. La anamnesia es insuficiente y da poca precisión en muchos, siendo de mejor resultado cuando se la une a la reacción Wassermann repetida con frecuencia en los primeros años de la vida de aquellos niños que hijos de padres sifilíticos aparentemente son sanos. Cuando los padres se comprueba por anamnesia, reconocimiento y laboratorio que no han padecido sífilis, queda en pié que la sífilis será adquirida y conviene inquirir dónde y en qué condiciones. También ocurre en razón de lo dicho sobre la atenuación de virus en organismos vivos en relación directa con la antigüedad, que en un matrimonio con sífilis en potencia, los primeros hijos suelen ser los

más sacrificados por la misma y que muchos de los sucesivos reciben menos infección sobre todo en el caso que los padres vayan tratándose la enfermedad, pero no se extingue y sin invadir tanto el total organismo se fijan a un órgano o aparato profundo y cuando los años han hecho germinar abundantemente estas colonias o cuando la edad del desarrollo exige exceso de función a una parte *ésta explota* de infección y forma infiltrados gruesos y ulceraciones hondas como ocurre en muchas osteomielitis gomosas, sobre todo tibiales, son las llamadas lesiones terciarias primeras o d'emblée. En estos casos conviene tratamiento sostenido intermitente, seguido varios años al modo que precisó Fournier y aunque no haya lesiones apreciables conviene seguirlo en la descendencia sobre todo en la que haya habido antes de tratarse, asociarlo a corroborantes sobre todo reconstituyentes en las mismas fórmulas específicas o separado y hacer investigación retrospectiva para tratar a los padres si aun viven; por tanto es muy útil conocerla.



TESIS DE DOCTORADO PUBLICADA EN "GACETA MÉDICA CATALANA"

LA REAGCIÓN DE LANGE (ORO COLOIDAL) EN LA PARÁLISIS GENERAL

POR EL

DR. BELARMINO RODRÍGUEZ ARIAS

(Verificado el ejercicio de Grado de Doctor obtuvo la calificación de SOBRESALIENTE)

(CONCLUSIÓN)

La reacción de Wassermann de la sangre o la cutirreacción luetínica, también hablando en términos generales, logran distinguir la P. G. de las seudoparálisis generales (descontando la luética) admitidas hasta el presente (tuberculosa, alcohólica, cerebroesclerosa, saturnina, diabética, etc.).

Y el examen del líquido céfalorraquídeo, por último (la biopsia queda descartada, a consecuencia de las razones ya aducidas), establece la distinción entre la P. G. y las numerosas y diversas neurosífilis (tabes dorsal; sífilis cerebral arterial, gomosa o meníngea; heredosífilis nerviosa tardía; sífilis medular, etc.). Pero una forma bastante singular de neurosífilis, la seudoparálisis general luética o meningoencefalitis gomosa—su concepto morboso no es firme y uniforme, pero ahora no debemos tenerlo en cuenta—requiere exclusivamente, dentro de lo que atañe al examen del líquido céfalorraquídeo, un procedimiento seguro de eliminación diagnóstica, la reacción de Lange.

Volviendo a insistir sobre el tema estudiado, podemos afirmar, pues, que desde el punto de vista del diagnóstico práctico propiamente dicho de la P. G., es el método exploratorio de Lange el más fino y *específico*. Debe utilizarse, consiguientemente, por triple motivo: 1.º, como elemento de confirmación diagnóstica en los casos dilucidados por los grados 1 o 2 de nuestro proyecto de exploración; 2.º, como elemento de confirmación diagnóstica, también, en los casos dilucidados o semidilucidados por el grado 3 del citado proyecto de exploración (exceptuada, en un principio, la reacción de Lange); y 3.º, como elemento de diferenciación o fundamento de diferenciación diagnóstica en los casos no dilucidados o semidilucidados por el grado 3 de la misma exploración (exceptuada, claro está y en un principio, la reacción de Lange).

Las observaciones personales de P. G. corroboran, a grandes rasgos, los resultados obtenidos en su mayoría (en *mayoría*, decimos, no *uniformidad*) por los experimentadores tantas veces citados. La curva-resultado de coloración admitida como clásica, esquemática o tipo medio (5555543100) no la hemos hallado en ningún caso, pero sí, contrariamente, curvas-resultados menos intensas y del mismo tipo o *género* (5555421000, 5554321100, 5552100000 y 5432100000, verbigracia), es decir, análogas.

Pensando, por ende, sobre ésta a la vez concordancia (concordancia, puesto que el género o aspecto de conjunto de las curvas-resultados no varía, aún que la precipitación sea grande, mediana o pequeña respecto a intensidad y número de tubos afectos) y diversidad (diversidad, puesto que unas veces son 8 los tubos portadores de precipitación y otras 6 o 5 y unas veces 5 los tubos decolorados y otras 3 o 2, etc., siempre en relación mutua casi invariable) de los resultados (algunos de estos resultados habían sido encontrados por los experimentadores anteriores) nos creemos autorizados para formular un concepto personal referente a la verdadera característica de la reacción en la P. G., que es el siguiente: precipitación total del oro en las diluciones máximas o primeras y parcial—cada vez, y gradualmente, en cantidad menor—en las inmediatas inferiores o posteriores.

Gracias a ese convencimiento bastante fundamentado, hasta ahora, concedemos igual valor diagnóstico a la habitual curva-resultado 5555543100, que a una 5552100000 u a otra 5322110000. Lo que Kaplan ha calificado de curva gráfica en forma de «escalera portátil o de mano» es, expresado de manera más sencilla, lo verdaderamente valioso y que conduce al diagnóstico; que esa curva tenga una *meseta superior* más o menos amplia (uno, observación 21; tres, observaciones 17 y 20; o más tubos decolorados, resultado clásico) y uno o dos *escalones* más o menos (un tubo azul pálido, otro azul, otro lila, etc., observaciones 23 y 27; o alguno menos en combinación muy relativamente variable, observaciones 6, 7 y 18) es cuestión relacionada con la intensidad de la enfermedad e independiente, por tanto, de la esencial significación diagnóstica.

La cuestión de la intensidad morbosa puede interpretarse, de otra parte, en dos amplios sentidos: intensidad *potencial* o en relación con el período de enfermedad (el período terminal de la P. G., verbigracia, denota más *intensidad morbosa* que el de estado o inicial) e intensidad *real* o en relación con el momento presente, sea el que sea (un paralítico general atacado de ictus apoplejiforme o de fenómenos infecciosos intestinales, por ejemplo, denota más *intensidad morbosa real* que otro—aún en igualdad de condiciones de período y días de enfermedad—poseedor de una franca remisión espontánea o... terapéutica). Pues bien: nuestro corto número de observaciones nos inclina a afirmar que la intensidad real modifica sensiblemente

la *extensión* (ya que no *altura*, por lo general, en este tipo de resultados) de las curvas-resultados y como un parálítico general terminal puede estar, clínica o circunstancialmente considerado (observaciones 6 y 11)—no anatómicamente—en mejor situación que otro parálítico general del período de estado (observación 7) o inicial (observaciones 4 y 36), no debe extrañar que esas distintas condiciones morbosas, *inflamación* (?), den lugar a desigual fenómeno aúrico.

He aquí, por qué un parálítico general inicial origina con frecuencia curvas-resultados intensas (actividad muy invasora, en la unidad de tiempo, del proceso patológico) y un parálítico general con remisión, espontánea (observación 24) o provocada (observación 36), por el contrario, curvas-resultados poco intensas (detención y hasta retroceso—muy ligero, parcial o total,—en la unidad de tiempo y por motivo duradero, del proceso morbozo).

Casi todos los experimentadores están contestes en que los casos *mejorados* terapéuticamente modifican las curvas-resultados; no así, en cambio, los *mejorados* espontáneamente. Y eso que hasta la fecha sólo podemos hablar de *remisiones*, en materia de tratamiento de la P. G. ¿Hay, realmente, independencia entre ambas mejorías? Lo cierto es que a beneficio de un tratamiento ligero se suceden las afines *especies* o modificaciones de las curvas-resultados: y si acaece esto, entonces, ¿no es posible hablar de amplia remisión! El paralelismo, más o menos directo—de este modo lo entendemos nosotros,—existe, pues.

Los casos examinados en pleno período de remisión (observación 24) o en sus postrimerías (observaciones 21, 22 y 23)—no se olvide el concepto que damos a la remisión—nos han manifestado, con invariabilidad, reacciones débiles; los casos examinados, por el contrario, en plena actividad del proceso ininterrumpido nos han manifestado reacciones distintamente intensas, pero intensas todas (tres o más tubos decolorados) (observaciones 1, 7, 26 y 27).

Otra particularidad notable no debe olvidarse para que no sea la causa de interpretaciones falsas. Es la transformación del tipo parálítico en sifilítico cuando decrece considerablemente la actividad real de la enfermedad, espontánea (observaciones 13 y 14) o provocadamente (observación 15).

Lo cual parece indicar que la precipitación máxima de oro (azul o lila), en las diluciones 1-40 y 1-80, representa un grado menor de inflamación (?) neuroaxial (Sacristán.—G. R. Lafora, *loc. cit.*)

Un hecho enunciado por Eicke creemos que proyecta alguna luz sobre esta particularidad. Nos referimos a que la precipitación máxima del oro (decoloración) en las diluciones 1-40 y 1-80—líquidos de parálíticos generales—es la primera en presentarse y sólo después, pero paulatinamente y en relación especial, las restantes precipitaciones, anteriores y posteriores, de las restantes diluciones. Cuando la

extensión de la curva-resultado es menor, a primera y rápida precipitación de oro—hemos visto nosotros—se desplaza algo en sentido de las diluciones mayores, aún que guardando la especial relación. ¿Es que al disminuir la potencia proteínica de precipitar oro sobreviene un fenómeno más débil, pero siempre intensamente proporcional entre las diluciones de potencia paulatina (precipitación íntima) y las diluciones de potencia precoz (precipitación menos íntima)? El parentesco de las curvas-resultados tipos paralítico y sifilítico es, pues, por lo menos aparentemente, muy sospechoso.

Con tres casos fundamentamos, clínicamente, esa transformación: la intensidad real del proceso morboso hallábase reducida, en ellos, al *minimum* imaginable. Uno de los paralíticos generales observados (observación 13) gozaba de un período muy acentuado, de remisión espontánea (su diagnóstico clínico jamás ha motivado dudas). El segundo de esos paralíticos (observación 15) manifestaba una remisión espontánea aún más notable que la del anterior (lleva cinco años largos en el establecimiento y en épocas pasadas fué atacado, a menudo, de ictus comatosos) (el diagnóstico clínico es, también, evidente). Y el tercero de los paralíticos citados (observación 14) había experimentado un tratamiento intensivo, mercurial y arsenical, en el período prodrómico (clínicamente era inconfundible su enfermedad).

La sífilis cerebral intensa (observación 2) proporciona, de otra parte, curvas-resultados muy aproximados a los de la P. G., como también, algunas tabes dorsales de carácter grave. Y esto ocurre manifestándose tendencias a la curva gráfica en forma de «escalera de mano», además de elevarse, antes que otras, la precipitación de las diluciones 1-40 y 1-80 o las que correspondan a la *especie* adoptada.

Si el tratamiento específico mejora circunstancialmente (?) una P. G., al disminuir la intensidad del resultado (observación 36) se logra el fenómeno sin abandonar la tendencia, primero, hacia la forma en «escalera de mano»; y si cuando retrocede la mejoría terapéutica, aumenta la intensidad del resultado (observación 14), las tendencias iniciales que se manifiestan son las de adquirir la forma en «escalera de mano».

Luego, una relación más o menos explicable parece existir entre los tipos paralítico y sifilítico, relación estrechamente ligada a la mejoría y agravación de la enfermedad.

Finalmente, los casos que podemos calificar de normales (observaciones 1, 6, 7, 11, 17...)—normales, claro está, dentro de la evolución normal de la enfermedad—consiguieron la decoloración total de los dos o tres primeros tubos y la parcial clásica de los demás.

Los resultados de las reacciones de Nonne-Appelt y Wassermann guardan, casi siempre, una relativa—si bien algo *grosera*—y directa correspondencia con los de la reacción de Lange.

De todo lo cual se desprende, a nuestro entender, lo siguiente: *a)* que, excepto en las épocas de acentuada remisión, la curva gráfica en forma de «escalera de mano» es la característica de la P. G.; *b)* que sirve, por consiguiente, de medio diagnóstico específico, incluso en el período más inicial de la P. G. (entonces, hay indudable intensidad real); *c)* que indica, de otra parte, el grado de intensidad real y, por ende, el pronóstico actual o inmediato de la P. G. (remisiones parciales, reliquias de ictus graves cercanos...); *d)* que en las condiciones de acentuada remisión, espontánea o terapéutica, orienta el resultado erróneamente, si sólo se considera en sí, pero no recordando o justipreciando los antecedentes morbosos o, mejor aún, prolongando la observación de la supuesta P. G.; y *e)* que las restantes enfermedades, afines o no afines desde el punto de vista etiopatogénico, causan resultados susceptibles de diferenciación frente a los de la P. G. (observaciones 2, 3, 5, 12, 16, 32...).

Las razas, las costumbres y los climas, verbigracia, son factores que condicionan notoriamente la evolución de las enfermedades. ¿Modifican en la P. G. la intensidad de las curvas-resultados? Dos hechos se nos ocurren que, quizá, dependan de esa causa: 1.º, los resultados de los autores alemanes y norteamericanos difieren en lo que respecta a intensidad o *especie*; 2.º, nuestros resultados difieren también—en este sentido—de los señalados.

Cuanto hemos afirmado merece crédito provisional, en atención al carácter un tanto incompleto—no voluntario—de las observaciones personales. Para fundamentarlo con solidez necesitamos recurrir a estudios comparados: en un mismo enfermo según las circunstancias, espontáneas o terapéuticas, que ofrezca; en enfermos análogos respecto a períodos del padecimiento, raza, costumbres, país, etc.; en enfermos análogos respecto a períodos del padecimiento y distintos respecto a raza, país, etc., etc.

Tenemos intención de ampliar lo realizado, repitiendo las investigaciones varias veces, conforme demostramos en los dos primeros y anteriores incisos. Sólo así podremos llegar a la definitiva conclusión de cuál es la verdadera característica de la P. G. en España (si es que existe esa secundaria característica); de cómo se modifica por circunstancias de mejoría espontánea o terapéutica; y de cómo aparece en los albores (no clínicos aún) de la enfermedad, etc.; cuestiones, todas ellas, de excepcional importancia.

Mencionaremos, para concluir este capítulo, ciertos conceptos o datos de los experimentadores tantas veces citados.

Lange dice que es clásica de la P. G. la decoloración de 7 u 8 tubos y solamente cuando se usan débiles soluciones de *ClNa* defínese un máximum de precipitación aúrica en las diluciones 1-40 y 1-80 (18 casos). Las lúes cerebral intensa da

resultados máximos, próximos al tipo paralítico, y la tabes resultados bastante débiles.

Miller y Levy aseguran que la decoloración en 3 o 5 tubos es característica de la P. G. (49 casos). Los casos avanzados diéronles resultados muy intensos. Las remisiones, contrariamente, no modificaron la reacción, excepto en un caso de gran mejoría terapéutica (5555443100 a 1121000000), pero atenuáronla—aunque nada dicen— en el sentido de disminuir el número de tubos decolorados (3 y 2 tubos). Determinadas neurosífilis manifestaron resultados confundibles, al primer golpe de vista, con el tipo P. G.; las tabes resultados de aspecto sífilítico; y las taboparálisis resultados iguales a la P. G.

Kaplan da como propio de la P. G. este resultado: 5554400000. La curva gráfica en forma de «escalera de mano» no la encontró, fuera de la P. G. (52 casos) y de la taboparálisis, más que en tres singulares enfermos (esclerosis múltiple, sífilis congénita y neurosífilis con 523 células por mm.³). La P. G. tratada mostróle resultados poco intensos (4453200000 y 1542000000).

Kafka ha estudiado 107 casos de verdadera y 12 de dudosa P. G. Halló, generalmente, lo que Lange. Sin embargo, consiguió algunos más débiles resultados en ciertos casos (unos tratados, otros no) y la precipitación máxima en las diluciones 1-40 y 1-80 (Lange y Eicke) en otros casos: no aduce razones clínicas. También la lúes cerebral y la tabes le proporcionó, de vez en cuando, curvas próximas al tipo P. G. Eicke afirma, a corta diferencia, lo que Kafka. En 52 casos de P. G. obtuvo dos resultados negativos (diagnóstico solamente psíquico). Goldstein, Jaeger y Marinesco (citados por Kafka y Lewrey) opinan, además, como Kafka.

Crinis y Frank comprobaron el tipo paralítico de Eicke 15 veces (87 casos); en los restantes casos la precipitación máxima de oro apareció en las diluciones 2, 3 y 4.

Flesch corroboró los datos de Lange en sus 4 casos de P. G. Observó, de otra parte, tipos análogos al paralítico en algunos casos de sífilis cerebral y de tabes.

Solomón y Southard dicen, entre otras cosas, que obtuvieron una reacción tipo paralítico en un demente presenil (diagnóstico anatómico) con hemorragia cerebral y petequias; una reacción, intermitente, tipo paralítico en una P. G. diagnosticada clínicamente (el examen post-mortem no demostró, en cambio, nada); y varias reacciones tipo sífilítico en varias P. G. (la autopsia evidenciaba lesiones *relativamente* débiles). Preguntan, después, si el resultado tipo sífilítico es un resultado frustrado del tipo paralítico y si los tejidos originan sustancias diversas para motivar ambos géneros de reacción.

P. del Fresno encontró resultados clásicos en dos casos de P. G. y resultados aproximados al tipo paralítico en tres casos de tabes.

L. G. Lowrey ha practicado un solo análisis en 84 casos de P. G. De ellos: 59 mostraron cambios de coloración en los 5 primeros tubos (5 tubos con color número 5, 41 casos; 5 tubos con colores números 4, o 5, 11 casos; y 5 tubos con colores números 3, 4 o 5, 7 casos); 10 mostraron resultados decididamente atípicos (0004555400, 121.3343100, 2222220300, verbigracia) y los restantes análisis del líquido céfallo-raquídeo no corroboraban, con claridad, el diagnóstico; y 15 mostraron resultados dudosos, ni típicos ni atípicos, pero positivos. Estudió, de otra parte, más casos de P. G. practicando varias reacciones: 1 manifestó ligero resultado en la zona sifilítica; 3 débiles resultados en un ensayo y nulos en los siguientes; y 17, por último, positivos resultados en uno o más ensayos. Examinando, antes y después de la muerte, el líquido de tres parálisis generales ninguna modificación notó, pero sí que observó notables modificaciones recurriendo a la terapéutica intensa. La taboparálisis proporcionó resultados aproximados a los del tipo paralítico.

Todos los datos que acabamos de consignar sirven de apoyo a nuestro criterio personal, que resulta, así, en armonía con el de la mayor parte de los autores.

Nuestros resultados no creemos que sean erróneos desde el punto de vista de la técnica de laboratorio, por que hemos puesto especial cuidado en la preparación de las soluciones de oro coloidal, sobre todo, en tanto su pureza—insistimos de nuevo—es condición indispensable para la seguridad en las interpretaciones diagnósticas.

Diagnóstico médico-legal.—Precede—buen número de veces—al clínico propiamente dicho, ya que se conoce y diagnostica la P. G. en bastantes individuos, a consecuencia de los conflictos que juzgan los tribunales de justicia, (período médico-legal de la P. G.).

Averiguar concienzudamente—en esas particulares condiciones—si un encarcelado o denunciado es o no paralítico general, resuelve dos interesantes líneas de conducta: irresponsabilidad penal y civil (profilaxia social, extra e intrafamiliar) y terapéutica *ad hoc* intensa (profilaxia morbosa (?) o esperanzas de curación y mejoría).

Lo que a menudo no dilucidan otros métodos, resulta claro usando la precisa y fina reacción de Lange.

B) PRONÓSTICAS.—Las consideraciones pronósticas de la P. G. abarcan—como las diagnósticas—dos importantes y distintos puntos de vista: 1.º, pronóstico en general; y 2.º, pronóstico en relación con la eficacia del tratamiento.

Pronóstico en general.—Este concepto pronóstico está formado a su vez, por dos nuevos elementos. Es el primero—interesantísimo—lo referente al período morboso o intensidad potencial: en una enfermedad tan fatalmente progresiva como la P. G. la investigación precisa del período de enfermedad reviste gran interés. Es el

segundo—quizá más digno de justipreciarse—lo referente al momento en sí o energía *real*, independientemente del curso habitual de la enfermedad: averiguar si un paralítico general está más expuesto que otro a sufrir contingencias morbosas, en igualdad de condiciones generales, es dato del que jamás debe prescindirse.

Pues bien; la resolución del primer problema o sea la precisión del período de enfermedad considerámoslo imposible, recurriendo al método de Lange: las observaciones 1, 4, 6, 7, 27, 36, verbigracia hablan con elocuencia y concisión extremas.

La consecución del segundo problema, en cambio, es decir lo referente a energía *real* del proceso, entendámoslo factible, recurriendo al mismo método. Cuanto expresamos en el capítulo anterior respecto a extensión variable de la curva-resultado, directa y relativamente relacionada con el pronóstico inmediato (remisión franca o parcial, evolución débilmente progresiva, ictus apoplejiformes o epileptiformes, infecciones coetáneas, eficacia o no eficacia del tratamiento, etc.), indica la posibilidad de emitir un juicio pronóstico *circunstancial*, basándose en la curva-resultado hallada.

Pronóstico en relación con la eficacia del tratamiento.—Si el tratamiento clásico antisifilítico fuera decididamente eficaz la cuestión tendría pronta y fácil solución.—Como este tratamiento es distintamente eficaz—suponiendo que exista la eficacia—si se utiliza uno u otro fármaco y una u otra vía de administración, el problema resulta más complejo de lo que aparenta ser.

De todas maneras la acción—buena, nula o mala—del tratamiento específico—en la P. G. se traduce por variaciones manifiestas en las curvas-resultados. Los casos 1, 20 y 36 son altamente demostrativos.

La vía intravenosa—posiblemente la mejor en el tratamiento corriente antisifilítico—siempre ha influido muy parcamente en la marcha invasora de la P. G. cuando no la ha agravado con notoriedad: esta creencia radical emítienla, con bastante uniformidad, la mayoría de autores. Las curvas-resultados han empeorado o no han variado en esas condiciones terapéuticas. De lo que se desprende, que el tratamiento endovenoso, al no mejorar clínicamente la enfermedad, deja de modificar los resultados de la prueba aúrica.

La misma vía intravenosa sirve (observación 2), o no (observación 3), de medio curativo a otras neurosífilis y la reacción cambia en sentido o a tenor de la mejoría sobrevenida. Por tanto, no es la vía de administración y los medicamentos por ella introducidos lo que influye inmediatamente sobre las curvas-resultados, sino el proceso inflamatorio (?) susceptible de mejoría o curación.

Opuestamente, la vía intrarraquídea parece, cuando menos por los resultados hasta ahora obtenidos, mejorar o tal vez curar la P. G. y la modificación beneficiosa del conjunto morbo—lograda, téngase en cuenta, con iguales medicamentos y, a

las veces, por una sencilla remisión espontánea—actúa sobre las curvas-resultados atenuándolas en extensión, primero, y tendiendo a trocarlas por los del tipo sifilítico, después, como si este tipo—indicador de inflamación de menor grado y de pronóstico más benigno—, a fuerza de no abandonar el tratamiento comenzado, sirviera de intermediario para alcanzar una prueba negativa.

Lo relatado en estas líneas autoriza, lógicamente, las afirmaciones siguientes: *a)* el período de enfermedad, en tanto no representa el proceso progresivo morbo (un parálisis general terminal puede vivir más años, *verbigracia*, que uno inicial), guarda independencia con respecto a las curvas-resultados; *b)* el instante presente, en tanto indica el grado de intensidad con que avanza, en la unidad de tiempo, el proceso morbo (un parálisis general atacado de ictus apoplejiforme o de infección intestinal está más expuesto a morir, *verbigracia* que otro sano, aún que sea éste un demente absoluto), se encuentra ligado a la intensidad de las curvas-resultados; *c)* el tratamiento específico inútil o perjudicial—el clásico por lo regular—en tanto no modifica el conjunto sintomático o lo acentúa, no obra favorablemente sobre las curvas-resultados; y *d)* el tratamiento específico intrarraquídeo (métodos de Swift y Ellis, Ogilvie y Byrnes), en tanto permite concebir esperanzas de curación clínica y hasta quizá, en algunos casos iniciales, anatómica, modifica sensible y beneficiosamente las curvas-resultados.

La atenuación del fenómeno de Lange no es hecho aislado, puesto que los otros análisis del líquido céfalorraquídeo—bien que en distinta y más grosera escala—se atenúan también.

El concepto de los experimentadores citados al hablar del «diagnóstico clínico propiamente dicho» indica algo ignorado, y de interés muy preponderante, en materia de comprobación de tratamiento.

Siempre ha sido considerado como importantísimo el diagnóstico diferencial de la P. G., pues el pronóstico y tratamiento de la enfermedad difieren muchísimo del de otras afecciones, afines o no afines desde el punto de vista etiopatogénico. Hoy día, poseedores de nuevos y valiosos conocimientos diagnósticos y terapéuticos, el diagnóstico diferencial de la P. G. adquiere aun más excepcional valor y el pronóstico posiblemente mejore, si se procede a un tratamiento *específico y especial* en cuanto a forma y reglamentación.

Una investigación metódica y temporal del líquido céfalorraquídeo de los sifilíticos antiguos, a tenor de lo ideado por Lange y aceptado por otros autores, además de servir de vigilante con respecto a las primeras lesiones y aclarar la esencia de este fenómeno estudiado por nosotros, puede también servir de guía a la profilaxia o cura abortiva de la P. G., consiguiendo que tal vez lleguemos a descubrir la esencia de su trama patogénica.

IV

Conclusiones

1.ª La reacción del oro coloidal en el líquido céfalorraquídeo, ideada por Lange, es, entre todos los métodos diagnósticos de la parálisis general, el que se puede considerar como más preciso y *más específico*, si se exceptúa la biopsia cerebral, difícilísima de practicar por su carácter cruento y peligroso.

2.ª Los resultados que se obtienen por las reacciones de Wassermann, Porgés y meiotágmica en la sangre; por la citología y reacciones de Nonne-Appelt, Noguchi-Moore, Pandey, Kaplan y Ross Jones en el líquido céfalorraquídeo; y por la cutirreacción a la luetina de Noguchi, entre otros procedimientos menos importantes tienen un significado puramente *genérico*, esto es, común a un grupo de entidades morbosas afines por su etiología, y no son tan particulares y concluyentes como los logrados con la reacción del oro coloidal.

3.ª Por su trascendencia diagnóstica, pronóstica, y hasta terapéutica, en la parálisis general, merece la reacción de Lange que se la consagren detenidos estudios.

4.ª Prácticamente, manifiéstase el resultado de la reacción por unas *curvas de coloración*, muy características debidas a la formación de copos metálicos, que están estrechamente relacionadas con las variaciones experimentadas por las albúminas céfalorraquídeas, del grupo de las proto o de las déuteroalbumosas. La formación de los copos metálicos puede ser parcial o total (cambios de color) y se verifica en diluciones progresivamente menores, con solución acuosa de cloruro sódico al 4 por 1.000.

5.ª Las diversas curvas de coloración, consideradas como *características*, corresponden generalmente, cada una de ellas, a una determinada entidad morbosa: parálisis general, tabes dorsal, sífilis cerebroespinal, meningitis purulentas o tuberculosas, etc.

6.ª Son muy variadas las teorías que pretenden explicar dicho diverso y específico fenómeno de la reacción de Lange, pero entre todas tiene más partidarios la que se funda en la idea de mezclas cualitativas *óptimas*, con preferencia a la de mezclas cuantitativas (independencia comprobada entre la hiperalbuminorraquia total y la intensidad de los resultados reaccionales).

7.ª La técnica es una de las cuestiones capitales en la reacción de Lange, pues un pequeño descuido puede falsear los resultados, debiendo practicarse todas las operaciones, por tanto, con gran minuciosidad y precisión.

8.ª El procedimiento propuesto por Miller y Levy, con ligeras modificaciones introducidas en algunas fases secundarias, ha sido el que hemos adoptado.

9.ª Los tres tipos clásicos de resultados de la reacción de Lange, descritos y admitidos hoy día, son: *a)* «tipo paralítico» *paretic zone* de los autores norteamericanos); *b)* «tipo sífilítico» *luetie zone* de los mismos autores) y *c)* «tipo meningítico» (*meningitic zone*, también de los mismos autores y *verschiebung nach oben* de Lange y demás autores alemanes). El «tipo paralítico» es el más constante y de más valor diagnóstico.

10. Nuestra experiencia personal sobre la reacción de Lange está basada en 22 casos de parálisis general, 4 casos de pseudoparálisis general luética, 2 casos de tabes dorsal, 3 casos de otras neurosífilis (dos lúes cerebrales, una antigua y otra reciente, y una mielitis crónica) y 6 casos de diversas enfermedades del sistema nervioso (casos testigos). En todos ellos, previo el diagnóstico clínico, procedimos al examen del líquido céfalorraquídeo por medio de las reacciones de Nonne-Appelt, Wassermann y Lange, sirviéndonos las dos primeras reacciones, en unión de los datos clínicos, como elementos de comprobación diagnóstica.

11. El valor diagnóstico que, actualmente, asignamos a la reacción del oro coloidal en la parálisis general, puede formularse de la siguiente manera: *a)* excepto en las épocas de acentuada remisión, la curva gráfica en forma de «escalera de mano» (Kaplan) es la característica de la enfermedad, sirviendo, consiguientemente, de medio diagnóstico específico, incluso en el período más inicial (entonces hay indudable intensidad *real*); *b)* señala, de otra parte, el grado de intensidad real y, por ende, el pronóstico del momento o inmediato (remisiones parciales, reliquias de ictus graves cercanos, etc., pero no el *potencial* (período de enfermedad); *c)* en los casos de considerable remisión, espontánea o terapéutica, puede el resultado dar una orientación algo errónea al considerarlo sólo en sí mismo, pero no puede haber error recordando o justipreciando los antecedentes morbosos del enfermo y, aún mejor, prolongando la observación de la real o supuesta parálisis general; y *d)* en las restantes enfermedades cerebroespinales, afines o no afines etiopatogénicamente hablando, acusan resultados susceptibles de diferenciación frente a los de la parálisis general.

12. El valor pronóstico que, también actualmente, la asignamos puede sintetizarse así: *a)* el período de enfermedad, mientras no represente el proceso progresivo morbozo (un paralítico general terminal puede vivir más años, verbigracia, que uno inicial), es independiente con respecto a los resultados; *b)* en un instante determinado, en el que indica el grado de intensidad real con que avanza el proceso morbozo en la unidad de tiempo (un paralítico general con un ictus apoplejiforme o sufriendo una infección intestinal está más expuesto a morir, verbigracia, que otro enfermo que esté en el último período de la demencia), se encuentra ligado a la intensidad de los resultados; *c)* el tratamiento específico antiguo, por lo regular inútil o perju-

dicial, que no modifica el conjunto sintomático o lo acentúa, no influye favorablemente sobre los resultados; y *d*) el tratamiento específico intrarraquídeo (métodos de Swift y Ellis, Ogilvie y Bynes) que permite concebir esperanzas de curación clínica y hasta quizá, en algunos casos iniciales, también anátomopatológica, modifica sensible y beneficiosamente los resultados;

y 13. Una investigación metódica y repetida del líquido céfalorraquídeo de los sífilíticos antiguos, por la reacción de Lange, es posible que trace, en lo futuro, las normas de una profilaxia, tal vez de la curación en el período inicial de la parálisis general y contribuya, al mismo tiempo, al esclarecimiento de su trama patogénica.

HE DICHO.

NOTA.—Los datos atribuidos al doctor J. M. Sacristán los recogimos verbalmente de dicho señor, durante nuestra asistencia (curso de 1916-17) al Laboratorio de «Química fisiológica» de la «Residencia de Estudiantes» (Madrid).

Las reacciones de Lange y Nonne-Appelt, la raquialbuminometría de Sicard y Cantaloube y las numeraciones de linfocitos las hemos ejecutado en el Laboratorio de la Cátedra de Higiene de la Facultad de Medicina de Barcelona, y las reacciones de Wassermann han sido practicadas en el Laboratorio de la Clínica de Dermatología y Sifiliografía de la misma Facultad, cuyos profesores respectivos, queridos maestros nuestros, don Rafael Rodríguez Méndez y don Jaime Peyri y Rocamora, nos han facilitado todo lo necesario para la realización de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA (1)

Garl Lange: «Ueber die Ausflockung von Goldsol durch Liquor cerebrospinalis». *Berliner Klinische Wochenschrift*, nº . 19, 1912.

Hans Eicke: «Die Goldreaktion im Liquor cerebrospinalis». *Münchener medizinische Wochenschrift*, nº . 49, 1913.

Sydney R. Miller a. Robert L. Levy: «The colloidal Gold reaction in the cerebrospinal Fluid». *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, n.º 279, 1914.

Max de Crinis u. Eberhard Frank: «Ueber die Goldsolreaktion im Liquor cerebrospinalis». *Münchener medizinische Wochenschrift*, nº . 22, 1914.

Max Ernst Flesch: «Die Untersuchung des Liquor cerebrospinalis mit kolloidaler Goldlösung». *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, Orig. XXVI, 1914.

D. M. Kaplan (New York): «Die charakteristische Ausflockung kolloidalen Goldes durch den Liquor progressiver Paralytiker». *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, Orig. XXVII, 1914.

Kafka: «Ueber die Bedeutung der Goldsolreaktion der Spinalflüssigkeit zur

(1) La guerra mundial nos ha impedido ampliar, en la forma que deseáramos, la información bibliográfica por la imposibilidad de adquirir libros y revistas de algunos países beligerantes.

Erkennung der Lues des Zentralnervensystems». *Dermatologische Wochenschrift*,
Ergänzungsheft zu Band 58, 1914.

M. Romme: «La réaction de l'or colloïdal». *La Presse médicale*, núm. 12, 1917.

H. C. Solomon a. E. E. Southard: «Notes on Gold son Diagnostic work in Neu-
rosyphilis». *The Journal of Nervous and Mental Disease*, n.º 3, vol. 45, 1917.

Lawson G. Lowrey: «Cerebrospinal fluid Tests, especially the Gold reactions in
psychiatric Diagnosis». *The Journal of Nervous and Mental Disease*, n.º 3, vol. 46,
1917.

F. Poyales del Fresno: «Sobre la reacción del oro coloidal y su importancia en la
Oftalmología». *Los Progresos de la Clínica*, suplemento 2.º semestre, página 145,
1917.

M. Goldstein y J. Jaeger: «La oficina de Farmacia española según Dorvault. 37
suplemento de la 2.ª serie», págs. 108 y 118. Bailly-Bailliére, Madrid, 1917.

Belarmino Rodríguez Arias: «La reacción de Lange (oro coloidal) en la parálisis
general. Nota preliminar». *Gaceta Médica Catalana*, núm. 965, 1917.

Belarmino Rodríguez Arias: «Diagnóstico diferencial de la parálisis general pro-
gresiva y de la seudoparálisis general luética». Comunicación leída en la sesión cele-
brada por la «Sociedad de Psiquiatría y Neurología de Barcelona», el día 17 de
noviembre de 1917.



Enseñanzas quirúrgicas recogidas en la actual guerra

POR EL

DR. D. MIGUEL ROYO GONZÁLVZ

Catedrático, por oposición, de Patología y Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Sevilla.

(CONCLUSIÓN)

En la construcción de aparatos protésicos justo es reconocer que se ha dado un paso enorme, especialmente en las suplencias del miembro superior, pues en las del inferior el criterio americano es el dominante y en él se busca la mayor sencillez del aparato, la mayor resistencia y el menor peso sacrificando el que ofrezcan un apoyo resistente que permita la marcha a los aparatos de articulaciones que den más movimientos pero que quiten resistencia al aparato; los sencillos aparatos de madera son los que más aceptación tienen. En la prótesis del miembro superior se está aún muy lejos del ideal, tanto que se estimula la labor de los ortopédicos con premios como el de la Academia de Medicina francesa que anuncia uno de 50.000 francos para el aparato que al finalizar la guerra se haya demostrado suple mejor las funciones de la mano. En la construcción de estos aparatos antes de la guerra se buscaba ante todo un fin estético, ahora aún con este se procura compaginar la sustitución de la forma con la función y se han perfeccionado detalles que hasta aquí parecían despreciables todos para que la mano sea utilizable mirar uno; en la mano natural los dedos son de desigual longitud pero siendo el más largo el

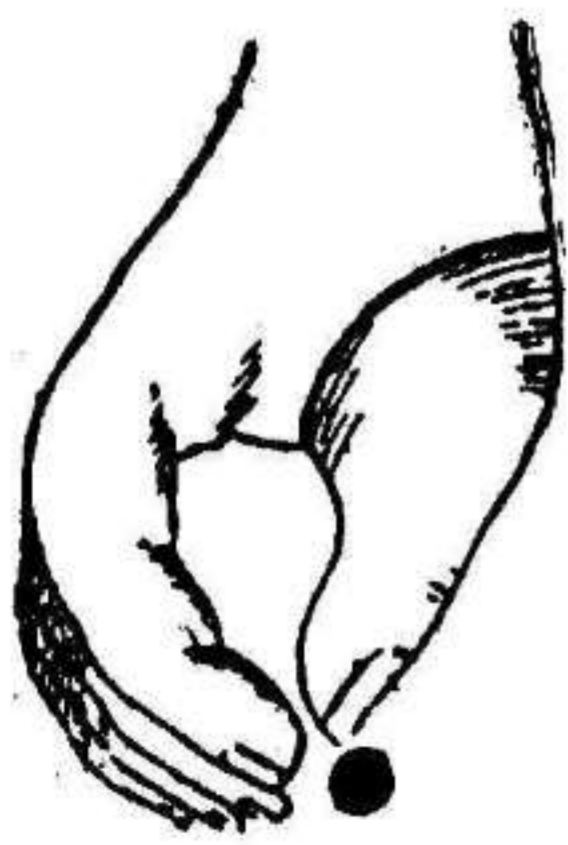


Fig. 10

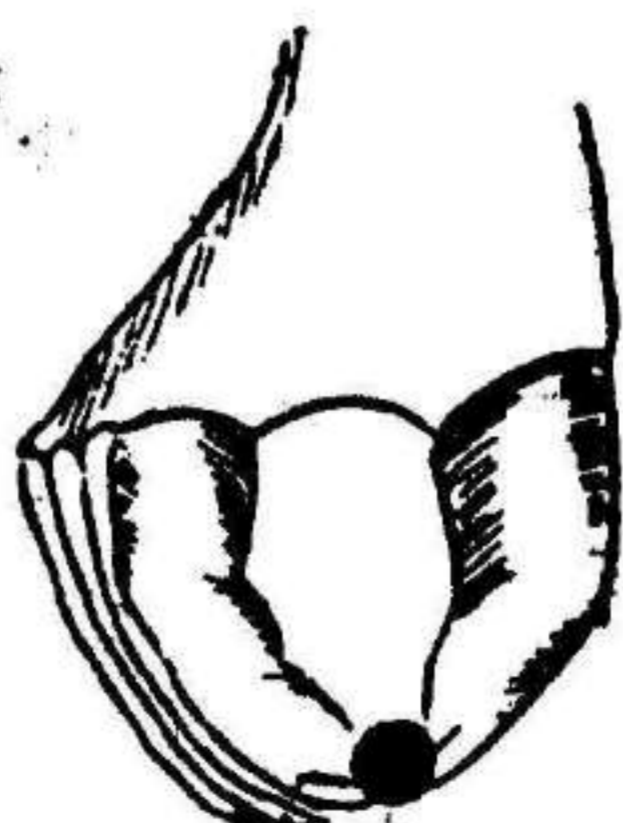


Fig. 11

dedo medio, pues bien una mano artificial que tenga los dedos así opone la mayor longitud de este dedo obstáculos a la presión de un objeto entre el índice y el pulgar como se ve en esta proyección (fig. 10), basta hacer el índice de la misma longitud que el medio y poner además una uña metálica a pulgar e índice y la presión de los objetos está favorecida como en esta otra figura puede verse

(n.º 11.) Mas sería entretenernos mucho descender a estas cuestiones de detalle, y

sólo voy a presentaros una serie de proyecciones de aparatos con los que se intenta que el mutilado vuelva hacer los menesteres de su oficio sin preocuparse de que el aparato recuerde a la mano en cuanto a su forma, estos aparatos que el amputado se coloca a las horas de trabajo y que sustituye después por una mano que atornilla a la pieza antibraquial del mismo son o aparatos de presión utilizables para la presión de variados objetos necesarios en la vida ordinaria o aparatos utilizables sólo en determinada profesión; como tipo de los primeros tenemos las pinzas de Brunet y americana. Consiste la primera (figuras 12, y 13) en una pinza formada por un semicírculo metálico resistente de concavidad inferior terminado en dos bocados como los de un torno de carpintero. En reposo el aparato estos dos bocados permanecen en contacto por la presión de dos resortes fijos arriba al semicírculo antibraquial y abajo a el externo a la punta de dicho bocado y el interno a la base del que corresponde a quella parte. En el semicírculo que reúne los dos bocados de la pinza y montado en un eje transversal existe una pieza cilíndrica cuyas bases están cortadas oblicuamente y montada de manera que en reposo el aparato el lado largo corresponde a la parte superior. Abajo y adelante en el lado palmar del lado corto está fija a una excéntrica sobre la que se fija un cordón de tracción que puede recibir su movimiento del muñón cineplástico o de otras masas musculares; cuando el cordón ejerce tracción el lado largo de dicho cilindro separa las ramas

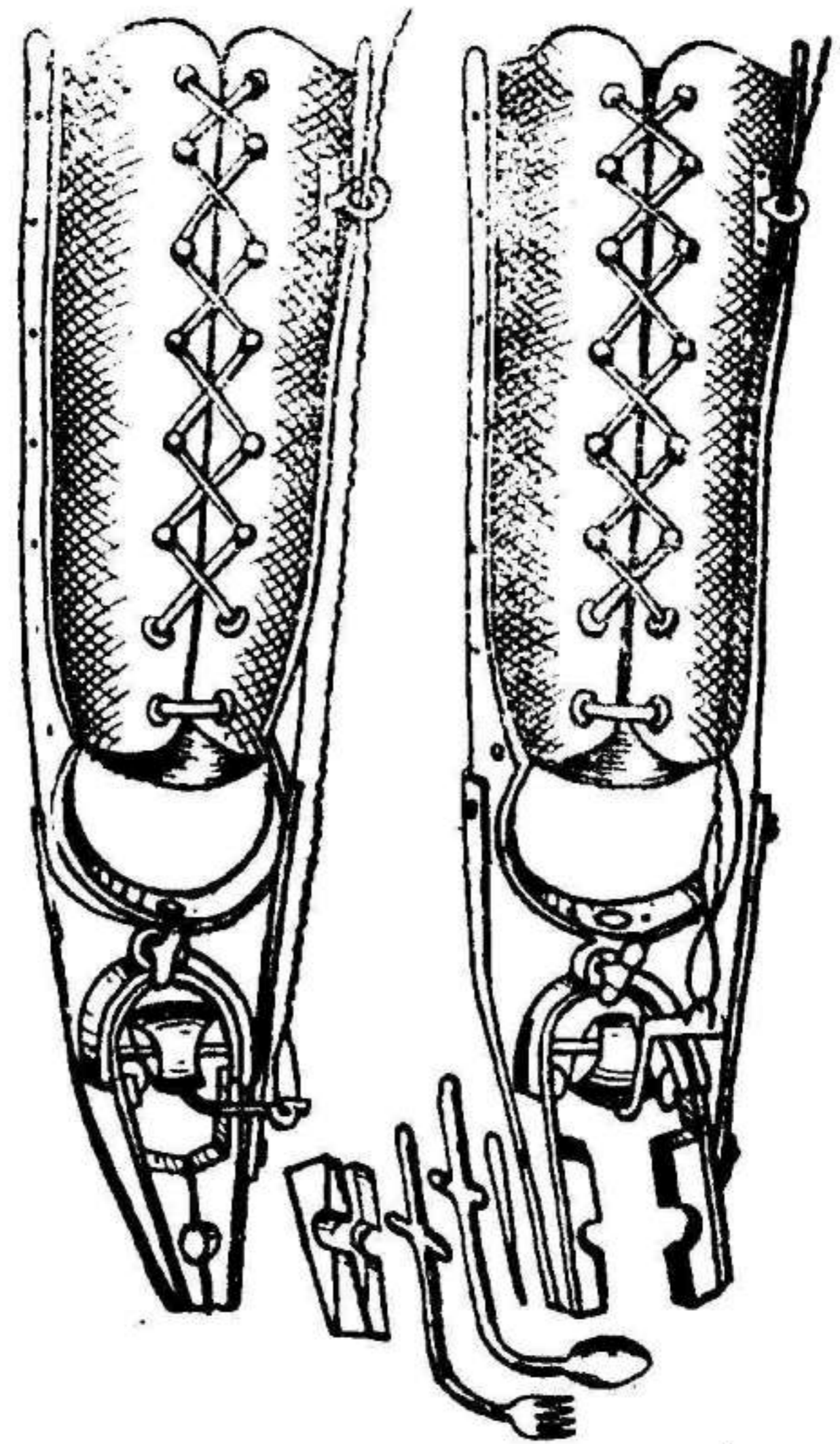


Fig. 12.—Pinza de Brunet.

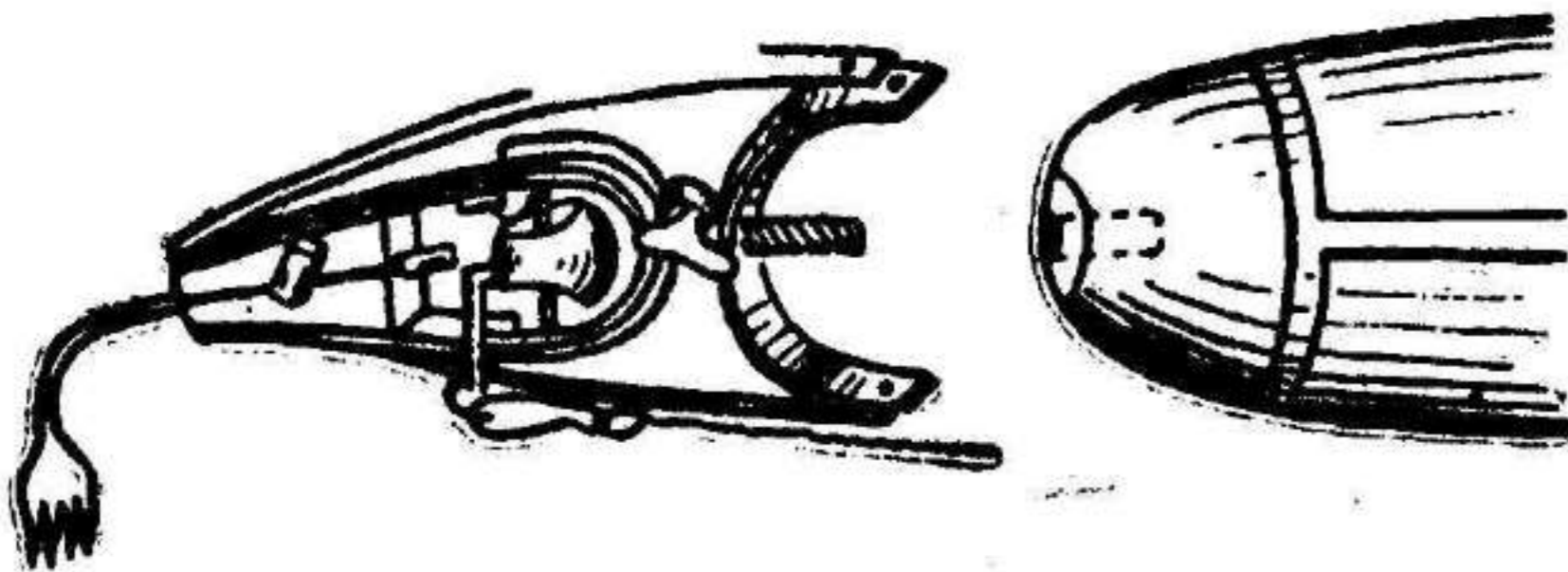


Fig. 13.—Pinza de Brunet.

de la pinza, cuando no se ejerce tracción la aproximación de las ramas mantiene sujetas las piezas accesorias del aparato como cucharas, lápices, etc.

La pinza americana tiene dos ramas que tienen en su parte interna una ranura longitudinal para que entre en ellas diversos objetos, la pinza va en el interior de una pieza cuyo exterior tiene un paso de rosca destinado a

recibir la pieza envolvente que al correr por la rosca de la pieza B (fig 14) ejerce presión sobre las ramas de la pinza de modo tan sólido que pueden utilizarse estos objetos para los menesteres de un oficio (fig. 15).

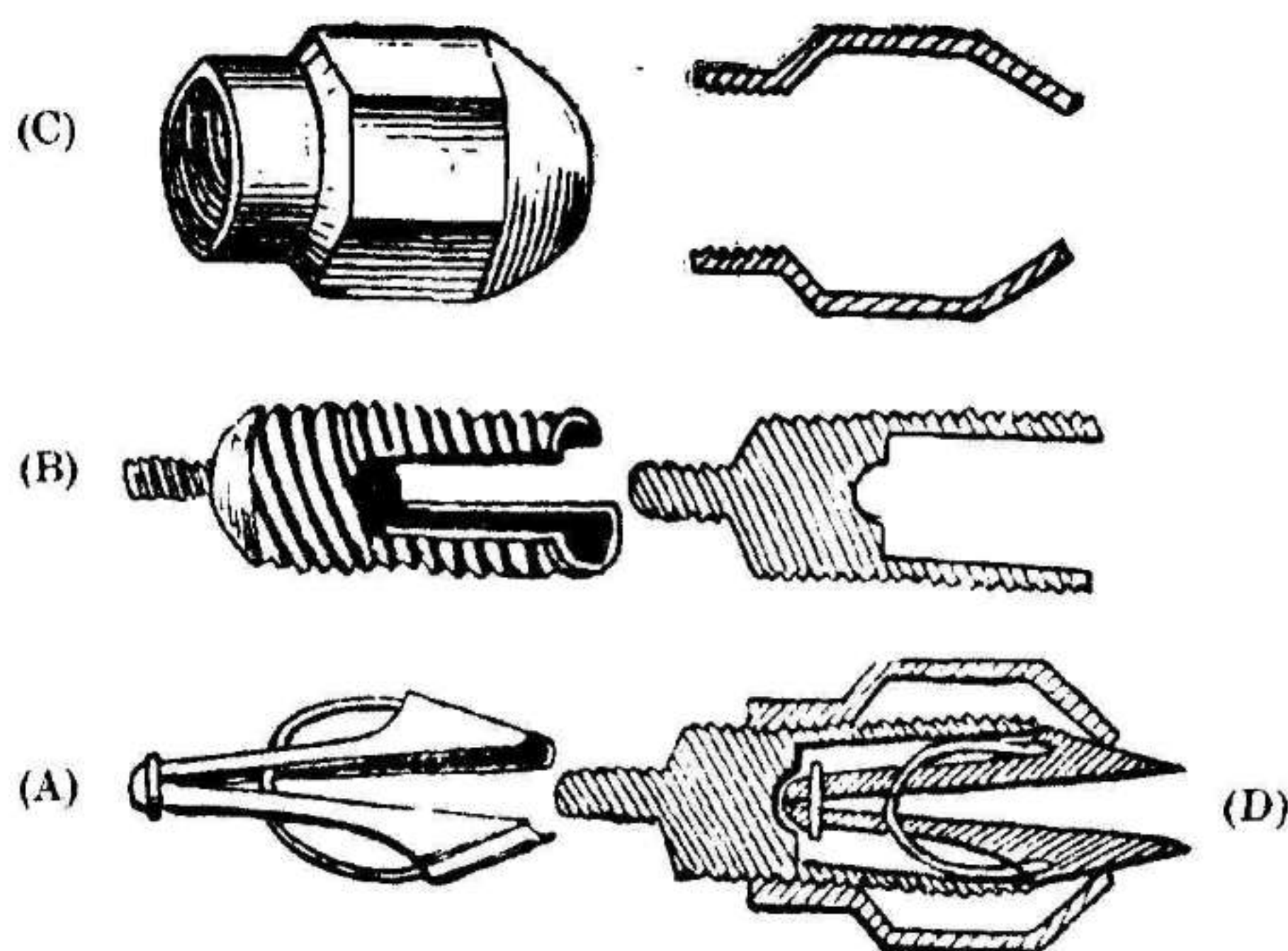


Fig. 14.—Pinza americana.

Aparte de pinzas como estas que permiten coger diversos objetos se construyen aparatos especiales para las necesidades de determinadas profesiones de ellos de

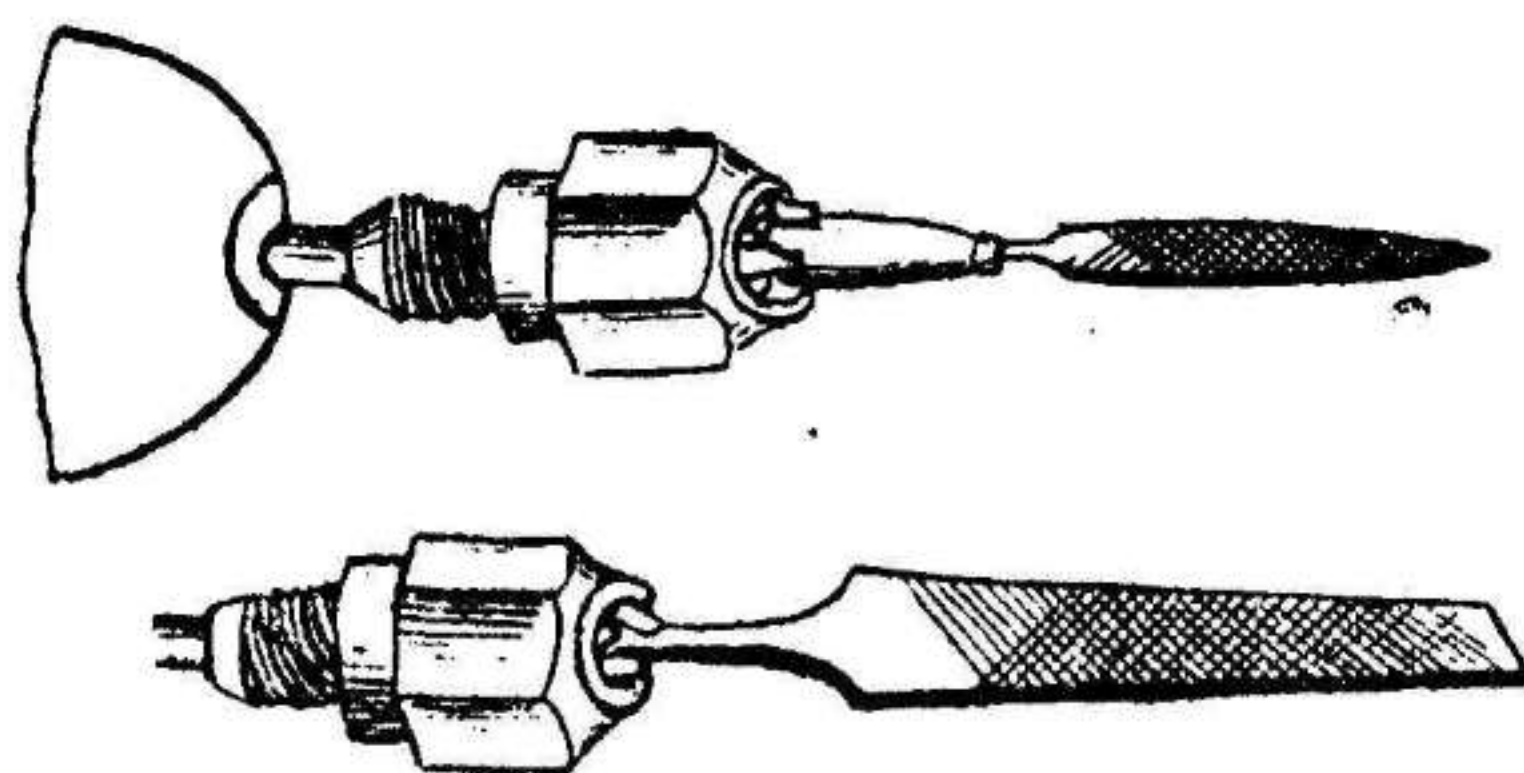


Fig. 15.—Pinza americana haciendo presión y fijando fuertemente una lima.

los más sencillos es la llamada mano de factor o de cartero (fig. 16) la mano

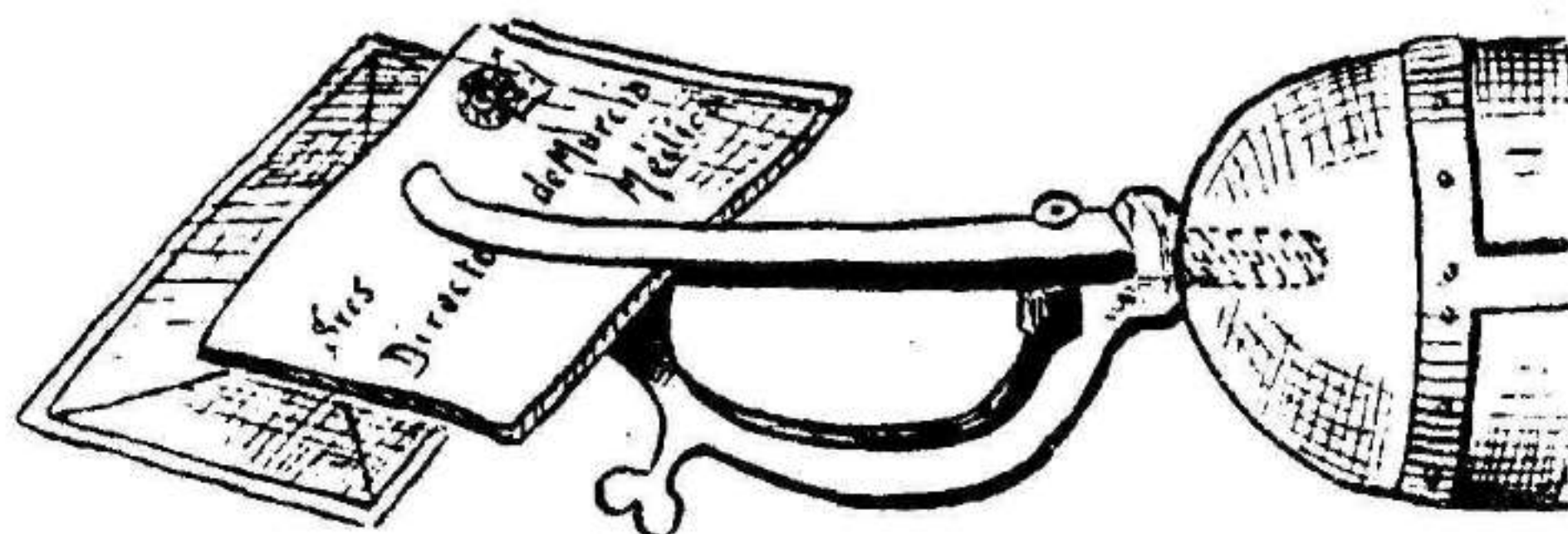


Fig. 16.—Mano de factor o cartero.

izquierda de estos empleados mantiene los pliegos, cartas, talones de ferrocarril, que la mano derecha clasifica, pues bien, el aparato que como ven consiste en una pinza con una rama fija y fuerte y otra u otras de acero pero de forma plana y separables como un resorte permite la clasificación de estos pliegos y el que un mutilado de estas profesiones pueda volver a ellas. Modificación es la mano de horticultor o podador (fig. 17) que tiene plana la rama

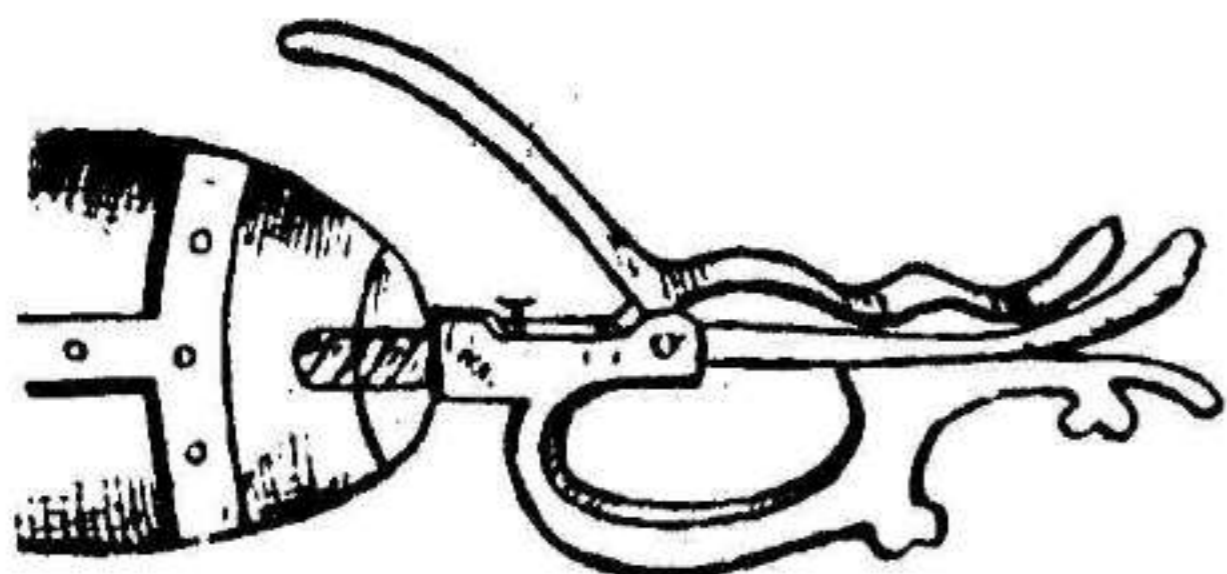


Fig. 17.—Mano de horticultor.

fija de la pinza mientras que está ondulada la móvil para que en los espacios semilunares que ofrece entre la rama (fig. 18) que ha de ser cortada en la poda o en otras operaciones de jardinería.

Mano curiosa también es la de embalador (fig. 19) con su gancho en una rama de la pinza que permite pasar una cuerda en una cesta o saco como pueda

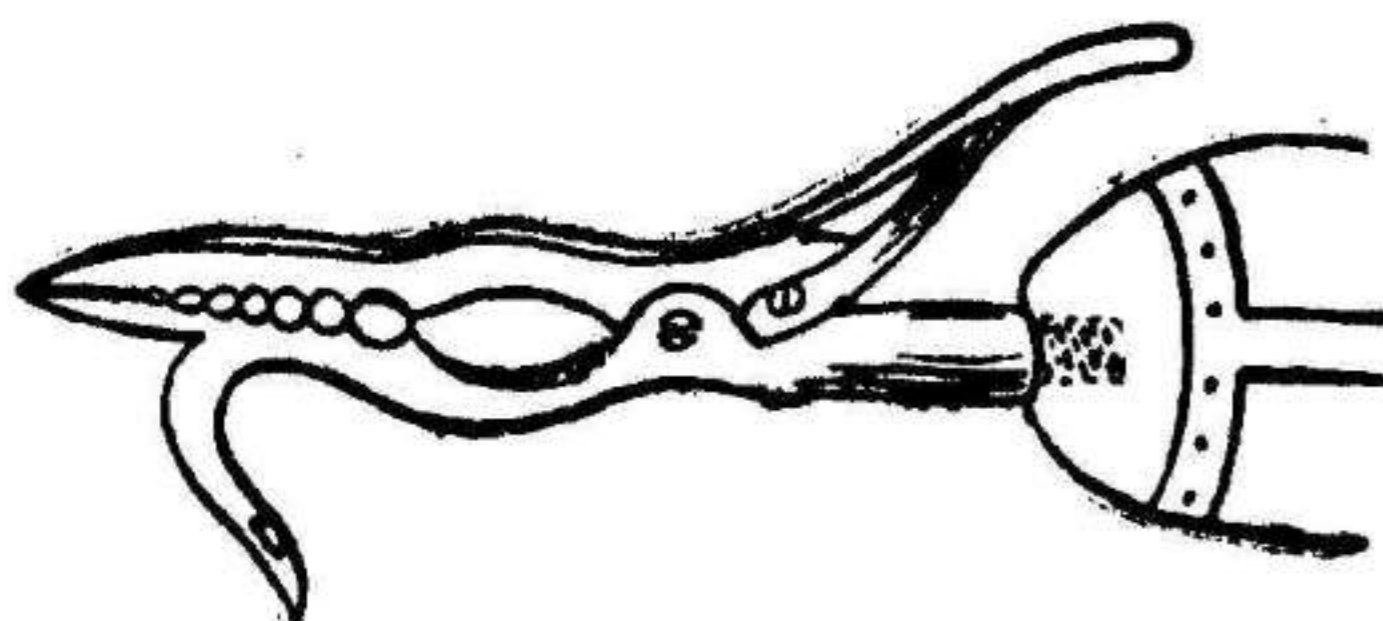


Fig. 19.—Mano de embalador.

hacerse con una aguja curva, las ramas muy fuertes tiene además una serie de dentellones de desigual tamaño que limitan espacios entre las dos ramas de la pinza destinados a sujetar en ellos un clavo mientras recibe los primeros golpes del martillo al clavar un cajón por ejemplo.

La mano de hojalatero y plomero es ingeniosa también, como se ve (fig. 20) reproduce la forma de una tenaza cuya extremidad cortante permite cortar hilos metálicos, así como el asa de la pinza permite sujetar tubos de plomo, fijar una tuerca mientras se pasa un tornillo etc.

Otros tipos de aparatos que no reproducen como los que acabamos de ver la forma de pinza son por ejemplo el porta martillos y porta sierra de Nirop muy usado en los mutilados belgas (fig. 21), basta mirar esta figura para ver como el

lado de estas profesiones pueda volver a ellas. Modificación es la mano de horticultor o podador (fig. 17) que tiene plana la rama

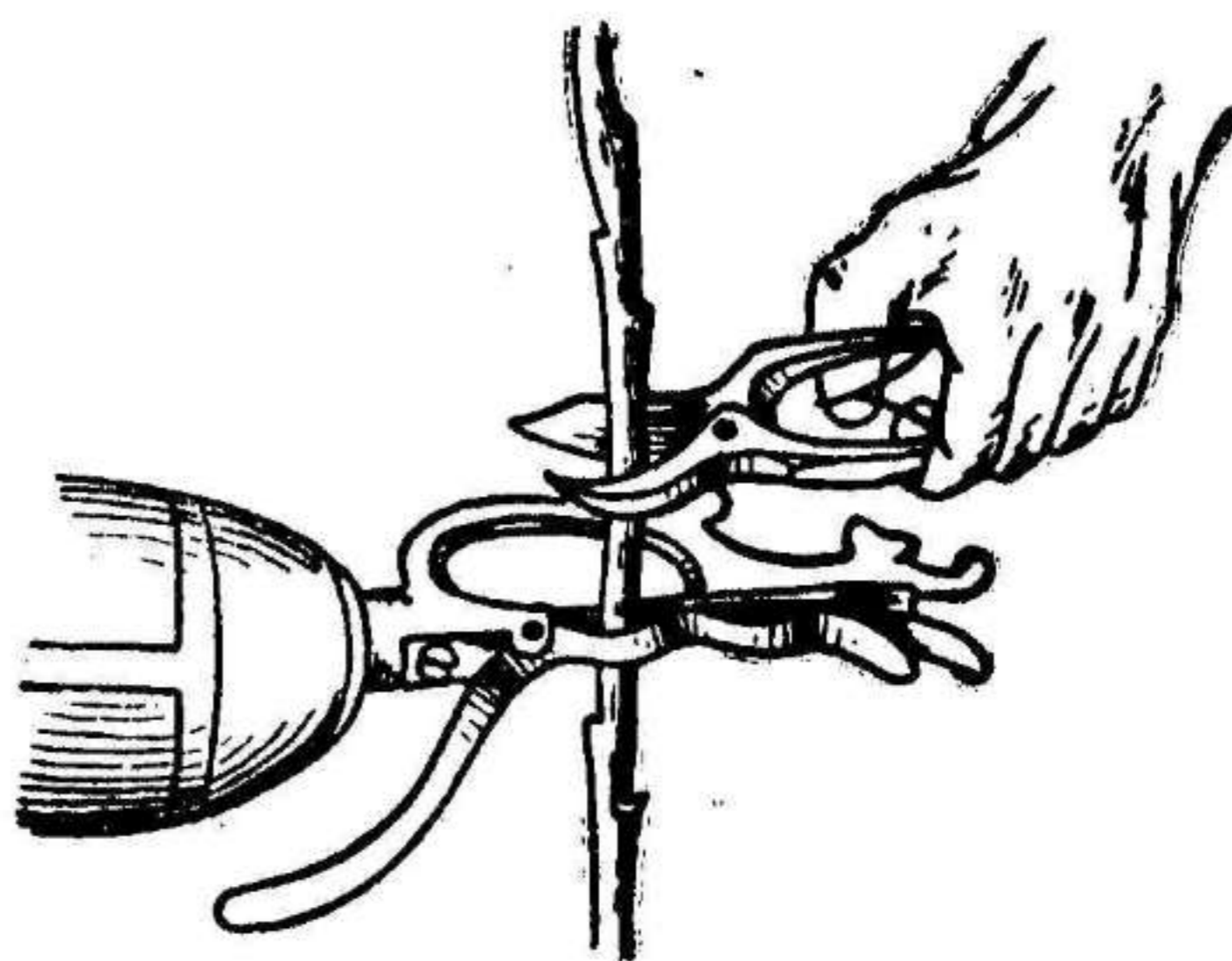


Fig. 18.—Mano de horticultor.

hacerse con una aguja curva, las ramas muy fuertes tiene además una serie de dentellones de desigual tamaño que limitan espacios entre las dos ramas de la pinza destinados a sujetar en ellos un clavo mientras recibe los primeros golpes del martillo al clavar un cajón por ejemplo.

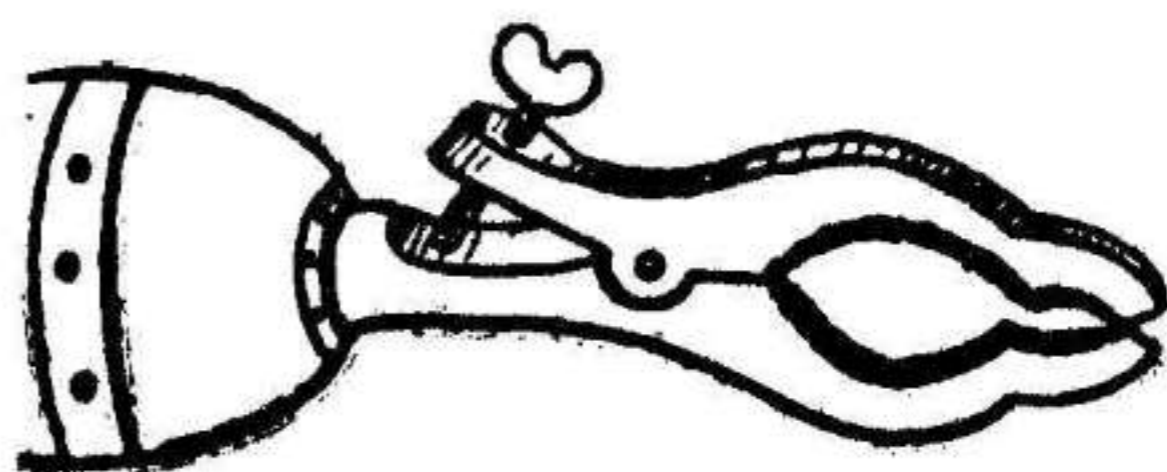


Fig. 20.—Mano de plomero y hojalatero.

mango de un objeto pesado y en profesiones que reclamen fuerza puede quedar extraordinariamente fijo el aparato sustitutivo del brazo amputado. La mano de cor-

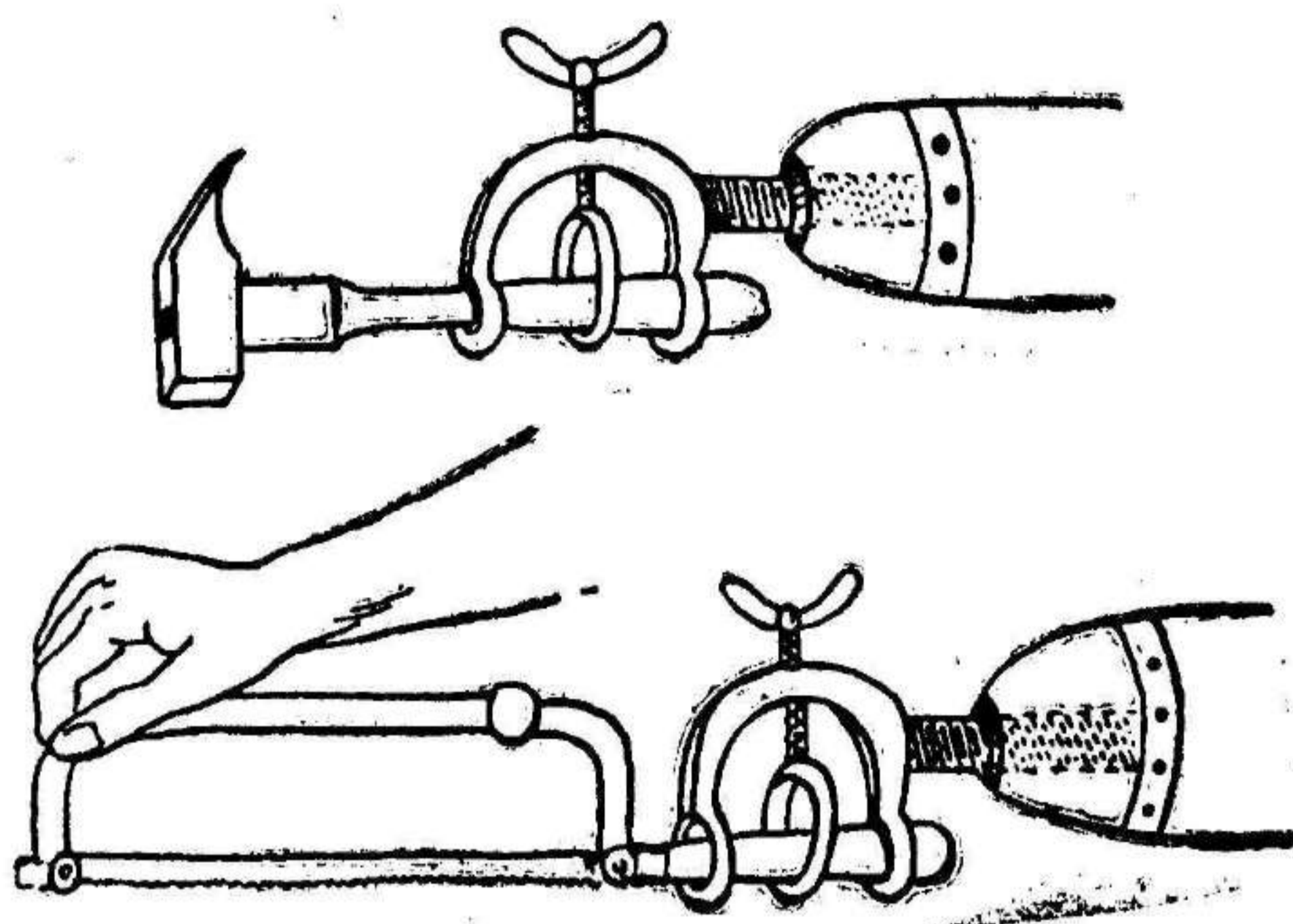


Fig. 21.—Porta martillo y sierra de Nyrop.

tador de cuero (fig. 22) destinada a no hacer presión, sino a fijar sobre la mesa la hoja de cuero que la mano activa corta, la de telegrafista o conductor de tranvías (fig. 23), la de constructor de cepillos (figuras 24 a 27) y tantos otros aparatos

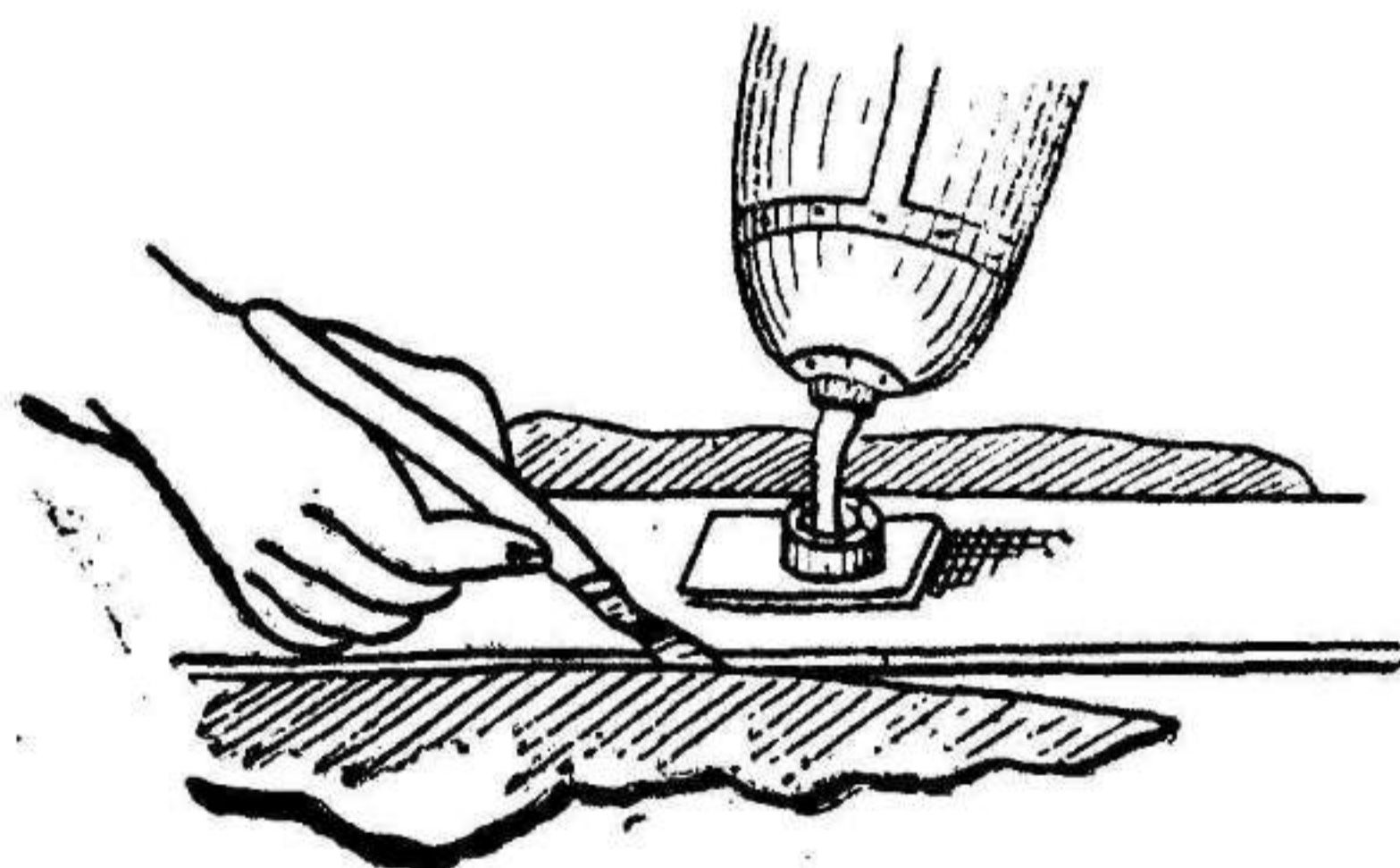


Fig. 22.—Mano de cortador de cuero.

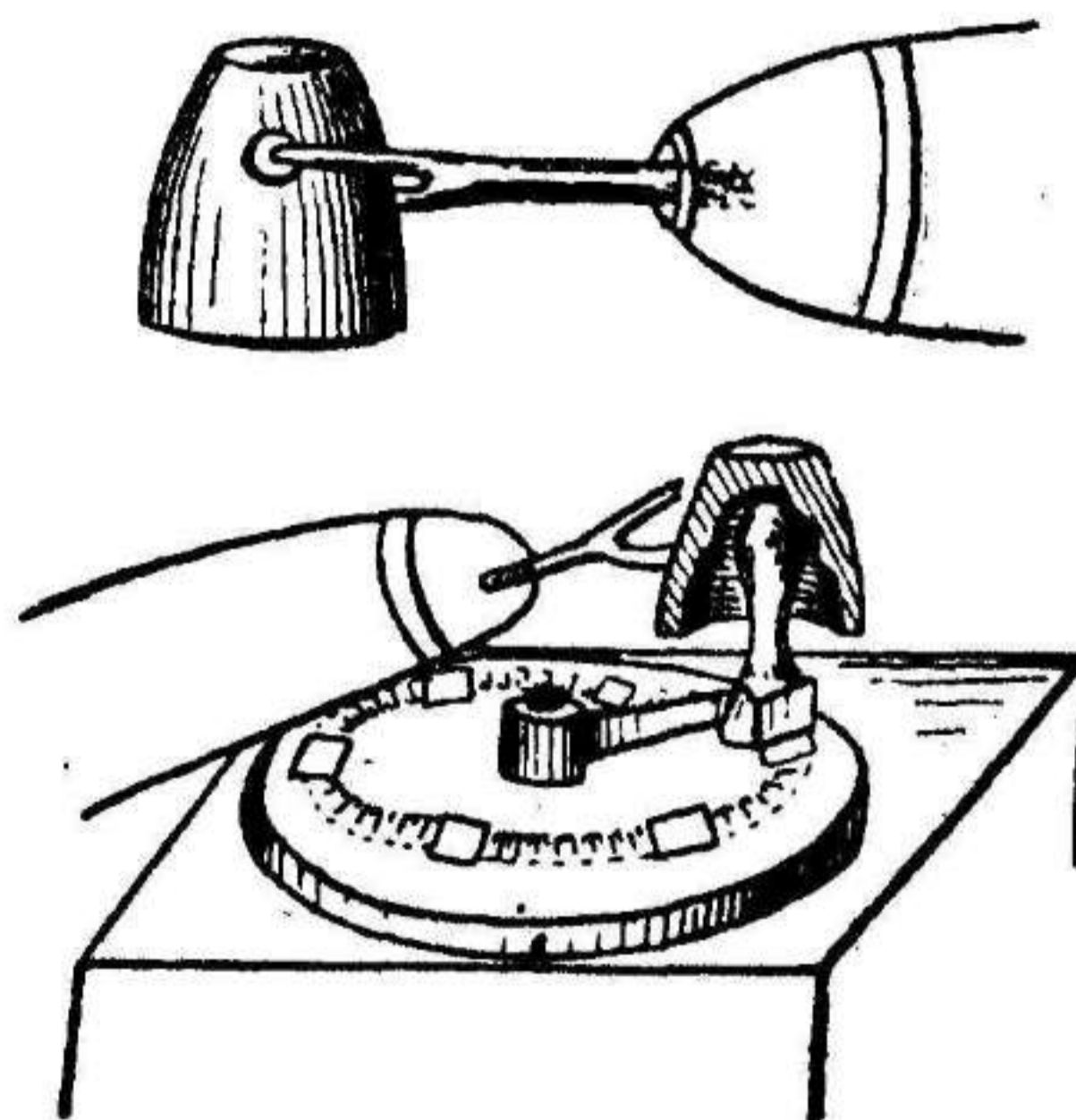


Fig. 23.—Mano de telegrafista o conductor de tranvía.

que no expongo por no prolongar con exceso esta conferencia abusando de vuestra atención.

Basta con lo que acabamos de ver para demostrar como hoy cuando la

necesidad impone la mutilación de un miembro superior no se condena al amputado a la reclusión en un asilo o a vivir de la limosna, es preciso inculcar en nuestros obreros estas ideas para que en vez de solicitar, como hoy hacen, una indemnización o un socorro pidan se les coloque en condiciones de trabajar de nuevo y si es posible en lo mismo que antes de sufrir el accidente. Esto nos trae

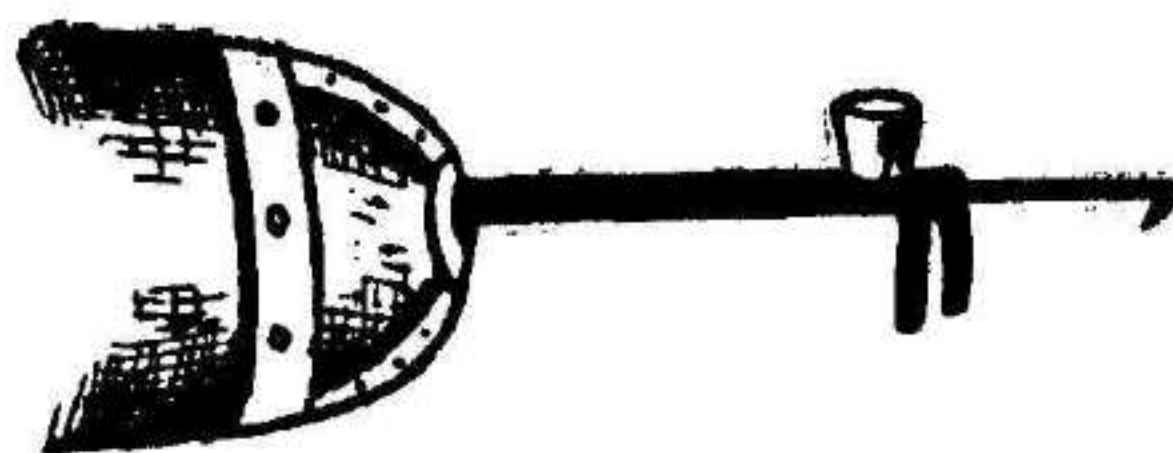


Fig. 24.—Mano de constructor de cepillos.

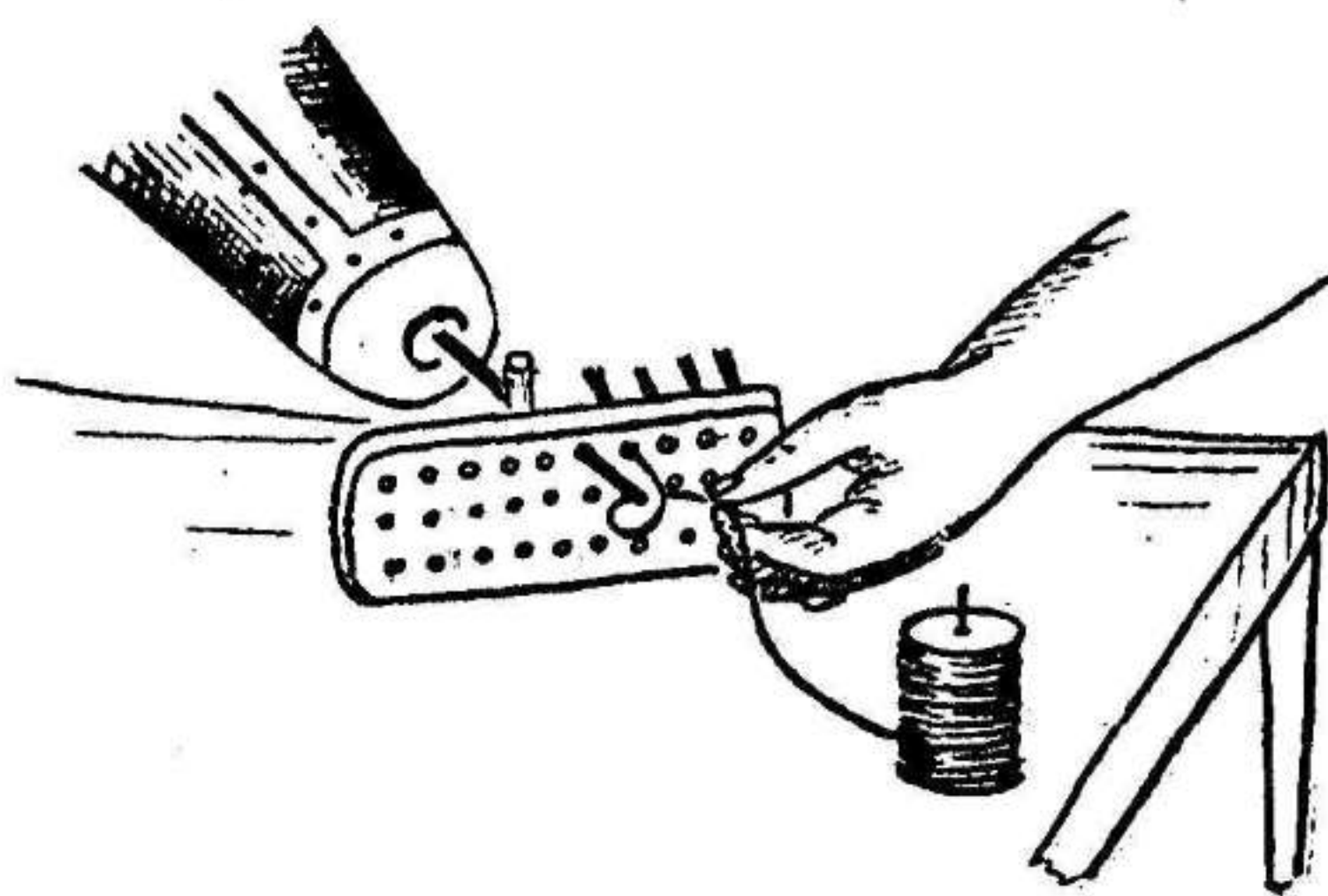


Fig. 25.—El bramante que fija las cerdas es sujeto al gancho del aparato protésico.

bajo la dirección médica talleres donde el obrero permanece hasta que está en condiciones de pasar a un taller particular rindiendo la misma cantidad de trabajo que un obrero sano y de modo que el patrón no se perjudique al pagarle un jornal remunerador. A estas escuelas asiste el mutilado antes de la cicatrización completa de su lesión en ella se distrae y lejos de abatir su ánimo al pensar en su desgracia se llena de ilusión y de esperanza viendo que otros tan desgraciados como él han conseguido la vuelta al trabajo, y se estimula para pedir la colocación del aparato de prótesis para tolerar sin protesta las molestias que al principio produce, y para ejecutar con él, primero actos sencillos, después maniobras más complejas, y así insensiblemente empezar a trabajar; desde entonces se le señala un jornal igual que el que percibe en un taller particular un

como por la mano a sentir la necesidad de crear en los grandes centros fabriles lo que la guerra hizo crear a otras naciones Escuelas de reeducación de mutilados. En estas escuelas que en Viena bajo la dirección de Spitzky, en Bélgica en Port-Villerz, en Francia dirigidas por Bouget están dando magníficos resultados son centros próximos a los Hospitales y donde hay departamentos de electroterapia, gimnasia, masaje y construcción de aparatos de prótesis y unido a ellos y

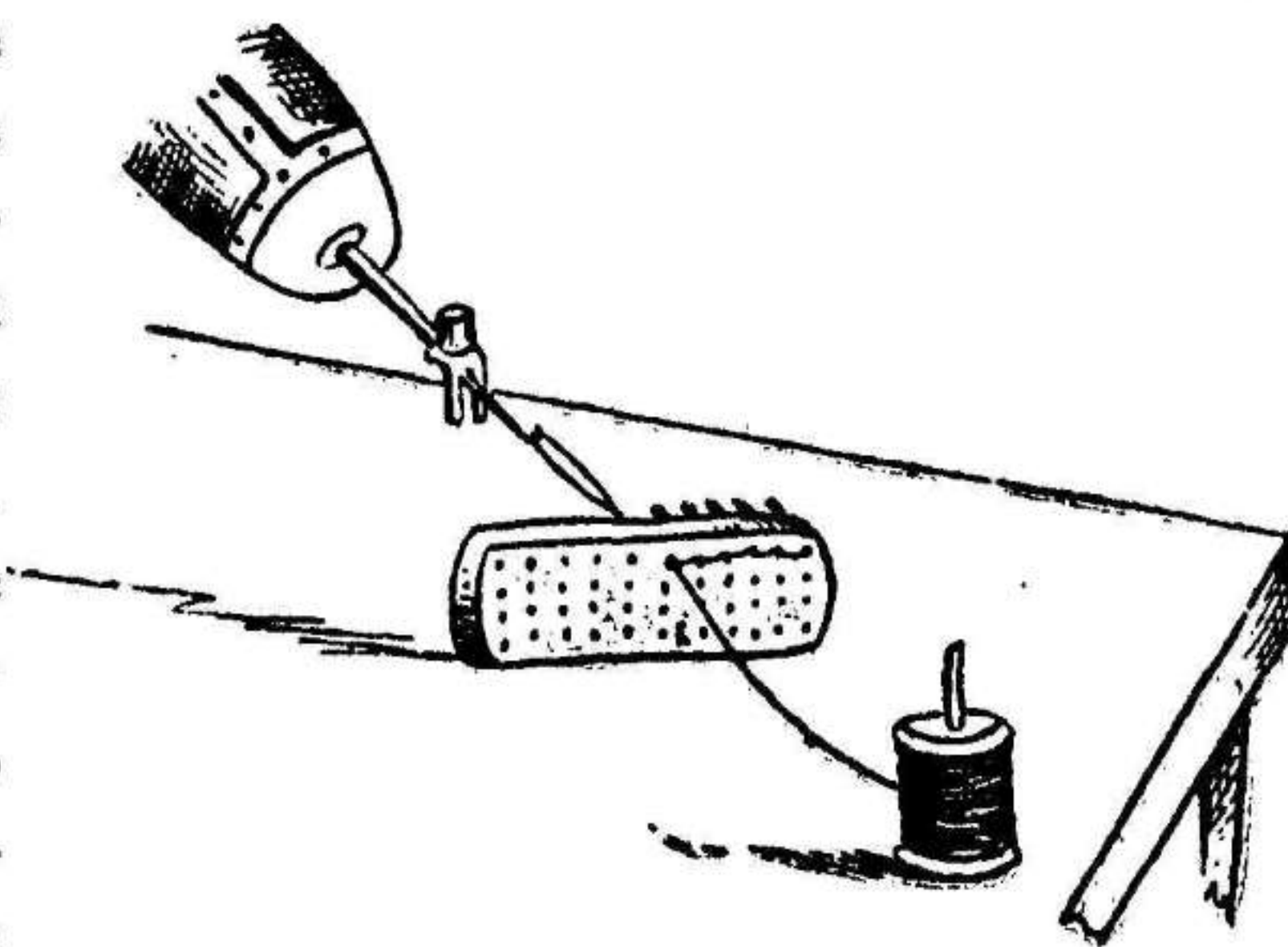


Fig. 26.—Tracción del bramante que pasó el gancho del aparato por los taladros de la madera del cepillo.

obrero sano y que trabaja, el mismo que el obrero percibía antes, claro que este jornal no lo gana entonces, pero entre el pago de su labor y la subvención del Estado permite se le dé cantidad superior a la que por el momento merece, y en estos

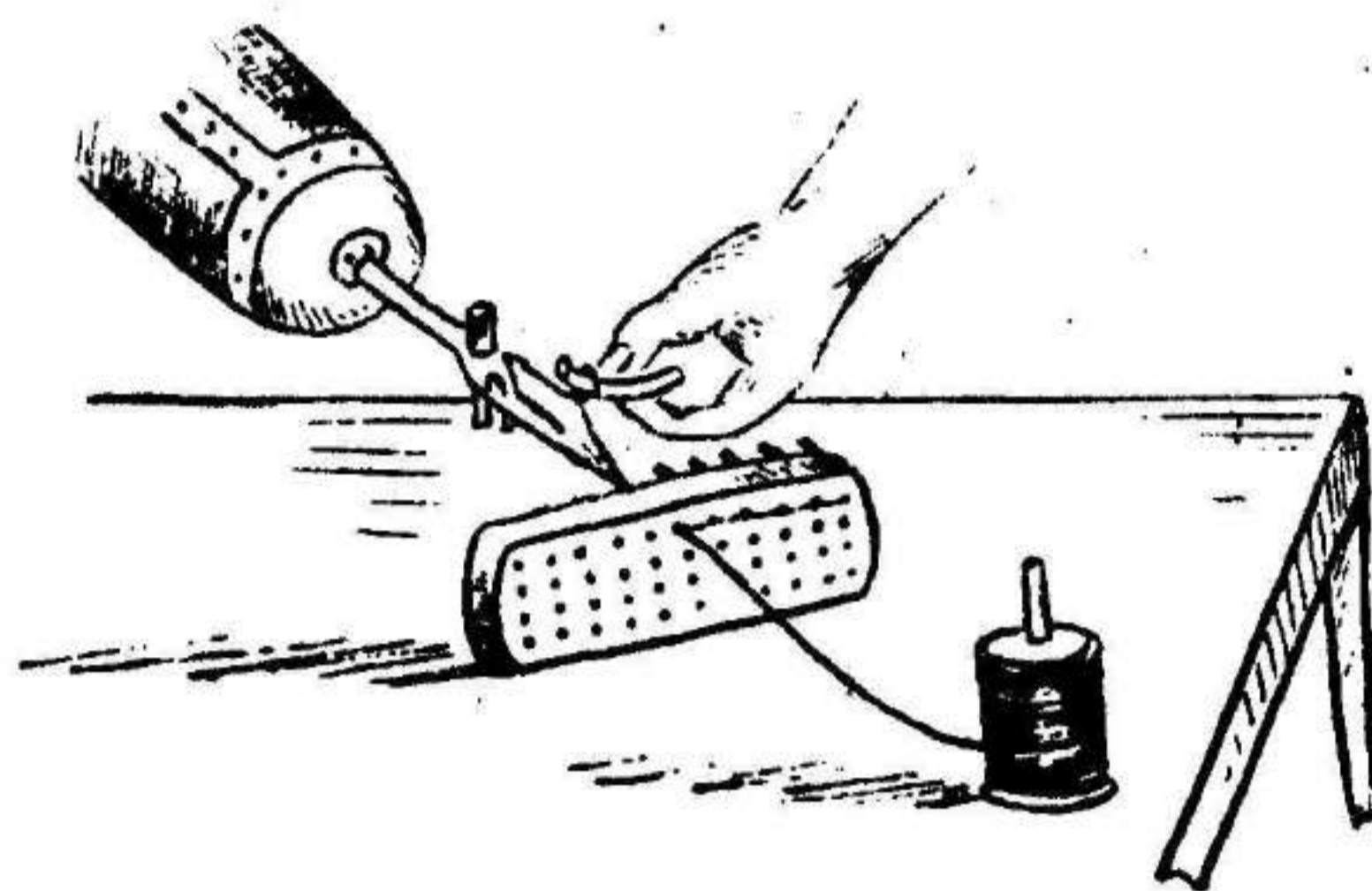


Fig. 27.—Fijación en el asa de bramante de los manojos de cerdas.

centros permanece hasta que los encargados de ellos lo dan por apto para pasar a un taller cualquiera de su oficio.

Pensar si en nuestras leyes de accidentes de trabajo hay algo de esto, se indemniza por mandato de la ley al obrero según su mutilación pero ponerle en condiciones de volver a ganar su sustento y el de los suyos..... nada. Hoy es un sueño pensar en nuestro país en algo de

esto ¿pero hubiésemos creído hace unos años que los pobres sordo-mudos iban a tener un magnífico centro de educación? y hoy lo hay y da magníficos resultados. Comencemos, pues, por hacer sentir esta necesidad, hagamos que las autoridades, los patronos y los obreros, fijen su atención en esta enseñanza de la guerra, hagamos que desde la escuela se eduque a los niños de modo que usen indistintamente ambas manos y confiemos que la suplencia de la función de ayuda que hace la mano izquierda la adquieran por medios protésicos y educación subsiguiente los mutilados en el trabajo y que quizás no tardando tiempo se consiga vuelva a sus talleres los que perdieron un brazo como accidente del trabajo como vuelven hoy a ellos los héroes que perdieron sus miembros en defensa de su bandera.

En otros múltiples aspectos la guerra presenta enseñanzas utilísimas, en los medios de diagnosticar y localizar cuerpos extraños, tratar heridas de cavidades, en las de vientre al comienzo de la guerra no se intervenía, se ponía hielo en el vientre, suero, inmovilidad y esperar....., esperar que se desarrollase la terrible peritonitis para entonces hacer una operación casi siempre inútil, y es que dominaba la impresión de las intervenciones de los ingleses en la guerra anglo-boer en que los heridos laparotomizados eran los que peor escapaban a la infección, pero es que la laparotomía se hizo por cualquier médico y en cualquier circunstancia incluso al aire libre en el campo, y hoy con instalaciones donde la asepsia se practica con la mayor escrupulosidad en salas de operaciones montadas en coches automóviles o en vagones de ferrocarril, practicada por lo que llaman equipos de laparotomía los resultados son totalmente distintos.

Yo querría hablaros pero ni puedo hacerlo ni debo molestaros más, de la pro-

filaxis de infecciones como la fiebre tifoidea casi evitada en los ejércitos en lucha con las vacunas antitíficas, de los medios de evitar epidemias coléricas que antes eran secuelas de la guerra y que en esta aparecieron, basta recordar la que hubo en Galitzia cuando la ofensiva de Mackensen deteniéndose no obstante por las medidas higiénicas empleadas, de los estudios hechos sobre las llamadas fiebres de las trincheras que son fiebres paratíficas principalmente, de los estudios americanos sobre el *schok* traumático, de las psicosis de la guerra y sus formas, de las cardiopatías no por trastorno orgánico sino funcional del corazón y de los resultados que en su tratamiento da la radioterapia del tiroides y de tantas otras cuestiones como los médicos estudiaron con ocasión del actual conflicto de un modo especial; yo confío en que otros con más autoridad y competencia os hablarán de tan interesantes cuestiones.

Para terminar, podemos preguntarnos ¿la guerra fué fuente de progreso para la ciencia médica? no puede negarse que sí, aunque yo no me atreva afirmar si la ciencia pura hubiese alcanzado mayor perfección en este tiempo con la labor tranquila que en clínicas y laboratorios hubiesen realizado muchos de los que tuvieron que acudir al campo de batalla y quizás rindieron con su vida un homenaje a la ciencia y a su patria. Mas mientras la guerra siga, y mientras la ambición de los poderosos, las necesidades del comercio, el deseo de vengar antiguas o recientes ofensas, la defensa del honor nacional, lo que queráis llamar, haga que las naciones diriman sus diferencias con las armas olvidando los principios de la más sublime doctrina moral que dice *no matar, amaos como hermanos*, mientras esto suceda repito, seamos los médicos, iguales que en campaña a la sombra bendita de la cruz, roja como la sangre de las heridas que restañan, cuidan al que cae por defender su bandera, que los médicos civiles que asistimos y cuidamos al que cae en la cruel lucha por la vida, los que recojamos las enseñanzas que estas hecatombes ofrecen y ofrezcámoslas a la humanidad como compensación aunque pequeña de los muchos males que originan luchas como las que en estos momentos presenciarnos.

HE DICHO.



Los fermentos lácticos en las uretritis crónicas

POR EL

DR. RICARDO ROSIQUE CEBRIÁN

Jefe del laboratorio y encargado de la clase práctica de Bacteriología en la cátedra de Higiene de la Universidad de Barcelona, Médico del Hospital Clínico, de las Reales Academias de Medicina de Barcelona y Murcia, etc.

El gran azote social que, juntamente con la *sífilis*, el ilustre dramaturgo francés M. Brieux, designó con el nombre humorístico de *avería*, ha sido constantemente atendido por los profesionales, a tenor de la importancia que en sí tiene como enfermedad humana, y más aun por los resultados que a la larga produce, atenuando o anulando la fuerza creadora, el poder de reproducción.

Nos referimos, ciertamente, a la *blenorragia*, a esa infección del aparato genitourinario, determinada por el microgermen específico llamado *gonococo* de Neisser.

La *blenorragia*, enfermedad social de alta trascendencia, es una infección que invade a un gran número de individuos, tanto del sexo masculino como del femenino, estableciendo como un intercambio de productos morbosos entre ambos sexos, pues los hechos se centuplican, el mal se extiende y, a la postre, la raza sufre, dominada por la dolencia.

De todos es conocido el germen que produce la enfermedad. Descubierta por Neisser (1879) y cultivada por Bumm (1885), es un microbio bastante próximo al *micrococo catarral* (Kolle y otros), habiéndose llegado a referir al *meningococo* (Pinto).

Germen que, si bien pertenece al grupo genérico de los *coccus*, no tiene exactamente la forma redondeada de éstos (salvo el aspecto en ciertos cultivos), puesto que en él domina el diámetro longitudinal (0'4-0'6 micras); hallándose en el pus en forma arrañada o de habichuela, unidos en parejas—*diplococos*—, mirándose por su cara cóncava, y aislados por una línea de separación intermedia; provistos estos

diplococos de cápsula difícil de teñir y apreciables en los cultivos antiguos; incluidos, generalmente, en número de 15-20 elementos en el interior de los leucocitos y en las grandes células epiteliales que tapizan la uretra; dotados, según algunos auto-

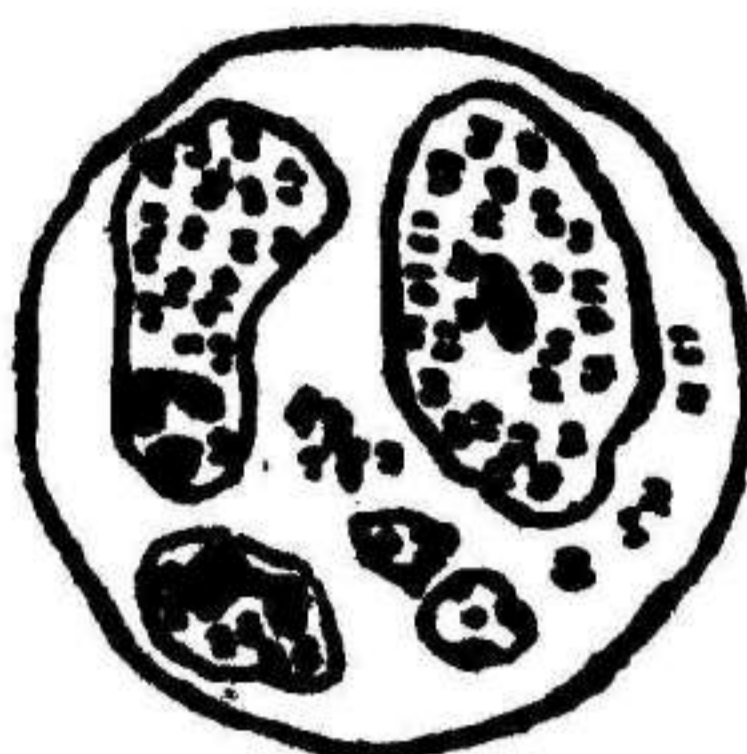


Fig. 1.—Gonococos (pus)

res (Erard y Hugonnenq), de ligeros *movimientos* de oscilación y de traslación, extremo que nosotros no hemos podido comprobar; germen cuyos caracteres de cultivo demuestran una gran exigencia puesto que, no obstante poderse cultivar en los medios ordinarios, (agar-agar, gelatinas y caldos), con tal de que tengan reacción ácida (Turró), necesita, para su excelente desarrollo, medios especiales (*agar de Wertheim, agar de Heiman, agar-sangre, agar de Nasstikoff, agar de Leipschutz, agar de Wildbolz, agar de Stenschneider, suero de Bumm, caldo de Bruschettini y Ansaldo*), cuya composición demuestra que el gonococo de Neisser es un germen de *filias orgánicas*, es decir, de los microbios tan íntimamente compenetrados con el organismo que invaden, que para vivir *in vitro* necesitan medios de reacción análoga a la que les presta el ser que atacan.

De otra parte, el gonococo puede ser también cultivado en medios a base de *levadura de cerveza* (ya sabemos la práctica de hacer ingerir a los enfermos cerveza para ver si están o no curados), como nosotros hemos tenido ocasión de comprobar, aislando el germen de referencia en buen número de casos, hasta el punto que el expresado medio nos parece, por su sencillez y por sus resultados, el preferible (1).

En cuanto a la *biología* del germen, se sabe que es un microbio, que resiste poco al *calor* (fundamento de la *diatermia*), puesto que 55° durante algunos minutos esterilizan el pus blenorragico; que el *frío*, por espacio de algunas horas, detiene definitivamente el desarrollo de los cultivos; que el *aire* y la *desección* lo destruye; que posee una muy escasa resistencia a la acción de los antisépticos débiles y que

(1) En cuanto a estos trabajos serán objeto de otra comunicación.

contiene una toxina intraprotoplasmática (*gonotoxina*) íntimamente aprisionada en el cuerpo microbiano, del que se separa muy lentamente.

El gonococo *no toma el Gram* y se colorea con los colores básicos de anilina.

De lo que llevamos expuesto se deduce que el microbio de referencia (*aerobio estricto*, según se dice en las obras de bacteriología, pero que nosotros creemos que esta aerobiosis no debe de ser tan estricta, puesto que los gérmenes invaden regiones orgánicas accesibles sólo al oxígeno que en sí lleva la sangre, cantidad que consideramos insuficiente para la vida de un microbio *aerobio estricto*), es una bacteria que dentro del organismo vive bien, y que su existencia se hace precaria, si no le facilitamos análogas condiciones de vitalidad a las que dentro del ser tiene.

No olvidando los detalles apuntados, se comprende que el *gonococo*, al infectar al organismo, encontrando en él las condiciones de vida que le son propias, aun procediendo de una infección ya antigua, pueda aumentar su vitalidad y exaltar su virulencia, venciendo las defensas naturales y haciendo estallar la *blenorragia*.

Este proceso se implanta, pues, en la uretra. No es extraño que, dado el gran número de repliegues y glándulas que existen en la mucosa y submucosa del órgano, se mantenga oculto como agente específico de la enfermedad, sin que sea bastante a destruirlo las irrigaciones de distinta índole que, usualmente, se practican. Este microbio persiste tanto en la uretra, no porque resista a la acción de los antisépticos, sino porque evade esta acción acantonado, aprisionado por las mismas irregularidades del terreno, hecho por el cual las inyecciones de vacuna específica pueden servir de excelente método curativo, y no hay que decir cuán buenos resultados se obtiene empleándolas en los procesos articulares.

De todos modos, implantado el gonococo con una gran facilidad, por ese mismo carácter de cultivo que nos dice que es un germen que gusta de los humores orgánicos, tarda en salir o en ser expulsado del sitio que infecta.

Así hallamos constantemente un crecido número de blenorragicos que llegan hasta la neurastenia, nada más que ante el temor de no verse curados.

Se ha dicho que la blenorragia es incurable. Mejor, que el gonococo nunca desaparece de la uretra.

Hay aquí dos puntos de alta trascendencia que es necesario aclarar y que ellos solos explican las curaciones y los fracasos.

El gonococo de Neisser invade primitivamente la uretra. Vive en ella un tiempo más o menos largo, a tenor de los procedimientos curativos puestos en práctica.

Transcurrido cierto número de días, este germen puede encontrarse o no en el lugar que antes invadiera.

¿Cómo, si no se hacen ordinariamente análisis bacteriológicos del pus, puede decirse si aquella uretritis es o no blenorragica?

Es un hecho absolutamente innegable en bacteriología que los microbios, con el tiempo, se modifican tanto que hasta llegan a aparecer totalmente distintos.

Siendo seres vivos, los microgérmenes a semejanza de lo que ocurre con los seres grandes, tienen en su vida un ciclo evolutivo de ascenso y descenso. Y si bien en los organismos superiores esas modificaciones no conducen a la total nulidad de los primitivos caracteres, en el mundo de lo infinitamente pequeño sí que acontece la transformación radical.

Este cambio unas veces suele ocurrir con más o menos lentitud; otras sucede bruscamente, a saltos, a grandes pasos, a tenor de lo que se observa siempre en los fenómenos biológicos. No hay grados intermedios: se va de un estado a otro salvando abismos. Díganlo si no esos enfermos cuya agravación o alivio se ofrece inesperadamente. Díganlo si no, en el mundo microbiano, los múltiples hechos de formas degenerativas halladas en los cultivos: Esas modificaciones que han hecho establecer la ley de las *mutaciones bruscas*, que nuestro Ferrán demuestra en su teoría de la tuberculosis.

Y por esas situaciones exentas de estados intermedios; por esos saltos que cada día observamos en la biología, vemos que, así como en el ser humano la enfermedad es la montaña que se muestra frente a la montaña que representa la salud, separadas ambas por el espacio abierto que hay que salvar para ir como en un vuelo de una a otra, así, en el mundo microscópico, los microbios ofrecen hoy un aspecto, unos caracteres vitales, una acción experimental enteramente distinta a las morfologías, condiciones de vida y acciones patógenas que ayer ofrecieran y determinarían.

Y es por esto porque lo que un día el gonococo que invade una uretra determinando la blenorragia, pierde su carácter, se convierte en un *gonococo deformado*, que en nada se parece al verdadero gonococo.

En tales condiciones llegan a nosotros los enfermos. Nos cuentan, sobre poco más o menos, que hace tantos meses fueron víctimas de la infección; que se han practicado infinitos lavados uretrales y vesicales; que han tomado un sinnúmero de medicamentos, pero que a pesar de todo cuanto han hecho por curarse, *todavía* la micción es un poco dolorosa y que durante el día y especialmente por la mañana, al abandonar el lecho, encuentran una gotita de pus en el meano.

Hay que ponerse en guardia ante tales enfermos, que creen imposible la curación. No hay que olvidar que de lo que nosotros hagamos depende en gran manera la presentación de cuadros neurasténicos.

En primer lugar hay que informarse de los tratamientos anteriores que, sobre poco más o menos, estriban en grandes lavados con permanganato potásico, lavados o instilaciones con protargol o soluciones de nitrato de plata.

En el reconocimiento vemos que, efectivamente, al exprimir la uretra desde su parte profunda, sale por el meato un líquido que, por cierto, no ofrece el aspecto del pus blenorragico. Es gris más o menos subido, blancogrisáceo, tal vez algo amarillento, de escasa consistencia.

La uretra se halla acordonada en ocasiones. Separando el meato observamos que la mucosa uretral está turgente, congestionada y roja. Nos dice el enfermo que la micción es dolorosa.

¿Qué hacer en tal caso? Entramos de lleno en la reflexión de nuestro asunto.

No cabe duda que nos hallamos ante un caso de *uretritis crónica*. Pero ahora hay necesidad de ver qué es lo que produce esta irritación crónica de la uretra.

Ordinariamente, y sólo atendiendo al concepto clínico, se dice que estos sujetos padecen *blenorragia crónica*.

No pensamos así y procuraremos demostrarlo.

Por lo que antes hemos dicho se deduce fácilmente que un gonococo, al cabo de cierto tiempo de haber sufrido la acción de los antisépticos, se deforma, y sobre todo modifica de tal manera su biología, que por ningún concepto es asimilable al verdadero gonococo.

Más aún: se halla comprobado en los trabajos experimentales, sea cualquiera el microbio, que al cabo de ciertas fechas el germen encerrado en un tubo de cultivo acaba por destruirse a sí mismo, merced a un mecanismo de producción de sustancias autotóxicas. Si esto pasa de esta manera, no hay inconveniente en admitir que el gonococo depositado en una laguna uretral puede anularse por hacersele imposible la vida en medio de una atmósfera repleta de los varios productos de su secreción.

Pero, sin embargo, parece que ese gonococo puede, aun viviendo en estas circunstancias, aumentar su vitalidad y exaltar su virulencia, convirtiéndose en el primitivo microbio, apto para determinar la infección con todo el aspecto clínico de la blenorragia aguda.

¿Cómo se explica esto? Lo interpretamos de dos maneras distintas. O bien ocurre que el flujo uretral de recrudescencia no contiene al verdadero germen, y por lo tanto no es el gonococo de Neisser el agente productor del fenómeno, o bien aunque así sea (y esto ha de pasar *al principio* de la infección) la biología no admite exclusivismos. No hay que olvidar en este punto la absoluta importancia de los exámenes bacteriológicos

Muchos de estos casos imputables al gonococo no serían más que infecciones asociadas.

Los tales blenorragicos crónicos son muchas veces individuos afectos de uretritis no gonocócica, es decir, víctimas de la flora uretral no gonocócica.

Si en todos ellos se procediera al análisis tenemos la seguridad de que se eliminarían muchos tratamientos, en beneficio del enfermo.

Y por esto es por lo que nosotros, sobre la base de un examen bacteriológico, hemos procedido a emplear en la uretritis crónica los *fermentos lácticos*, siempre teniendo como punto de determinación la investigación de los gérmenes existentes en la uretra, ya que pudiera darse el caso de que existieran gonococos, los que se exacerbarían por la acción del ácido láctico, aunque no sabemos hasta qué punto el viejo germen, el *espectro* del gonococo, sería capaz en su actual situación de microbio que pertenece quizá a otra especie distinta (ley de las mutaciones; cambios bruscos de la biología), de tornar al primitivo ser.

Por lo tanto ante uno de estos enfermos de uretritis crónica, antiguo blenorragico, se impone, antes de todo tratamiento, proceder a un análisis bacteriológico.

Nosotros obramos del siguiente modo:

Extendemos varios frotos de la gota que se obtiene, bien por rezumamiento, bien por expresión de la uretra y hacemos que el enfermo orine en un recipiente aséptico, para utilizar esta orina después de su centrifugación como material de examen.

De esta manera, coloreamos convenientemente los frotos, valiéndonos de cualquier color básico de anilina y haciendo, para mayor seguridad, la prueba del *Gram* (ya sabemos que el gonococo no *toma el Gram*) (1).

Entretanto se está centrifugando la orina. Al cabo de 30 minutos decantamos el líquido y con el sedimento formado en el fondo del tubo del centrifugador hacemos preparaciones.

De este modo obtenemos el mejor elemento de juicio respecto a la ausencia o presencia del gonococo, porque es muy raro que de existir no se advierta su presencia en el producto de la centrifugación de la orina. Ya terminada esta práctica, el microscopio nos dirá lo que hay en aquella uretra: si hay o no gonococos y cuáles son los gérmenes de infección secundaria.

(1) 1.º Teñido del frote durante un minuto con violeta de genciana fenicada.

2.º *Sin lavar*, échese el exceso de color, inclinando el portaobjetos.

3.º Viértase sobre el cultivo II-III gotas del *mordiente*, *líquido de Gram* (iodo, 1 gramo; ioduro potásico, 2 gramos; agua, 300 gramos) por espacio de 30 segundos, hasta que la preparación adquiriera un tinte obscuro.

4.º Lavado, secación y adición, por espacio de medio minuto, de *alcohol de 90° alcohol-acetona*, (alcohol absoluto, 5 partes; acetona, 1 parte.—Nicolle, o *aceite de anilina* para decolorar.

5.º Nuevo lavado en agua y examen sin secar.

Los microbios que toman el Gram se tiñen de *violeta* intenso; los que no lo toman han sido decolorados.

También es recomendable, aunque no es práctico, por la demora que supone, hacer cultivos. De todos modos nunca está de más, y ese criterio hemos seguido nosotros.

No hallándose el gonococo en la uretra, los gérmenes que ordinariamente pueden infectarla suelen ser numerosos, algunos específicos, como el *bacilo de Ducrey*, el *bacilo de Koch* y el *bacilo anthracis*, y otros vulgares o de especificidad variada, como los distintos *cocos*, *diplococos*, *piógenos* y *colibacilo* (1).

No hay inconveniente ahora en emplear los *fermentos lácticos*. Y decimos ahora, porque si existiera el gonococo, la misma acidez determinada por los lavados haría que la enfermedad sufriera una recrudescencia, sabiendo como sabemos que el gonococo vive bien en un medio ácido.

En los *seis enfermos* (2) tratados por nosotros en ninguno de ellos existía el germen específico de la blenorragia. Eran enfermos en los que se habían hecho todas las pruebas posibles.

En uno de ellos hasta se había usado inyecciones de vacuna gonocócica, que no hicieron más que determinar elevaciones de temperatura.

¡Y todo sin haber hecho análisis bacteriológico!

Hemos empleado en nuestros enfermos el *bacilo búlgaro* asociado al *cocobacilo grande* que se encuentra en la *maya búlgara*.

Tales gérmenes fueron aislados convenientemente por siembras sucesivas en medios azucarados y en leche.

Las figuras 2, 3 y 4 dan idea de la morfología de los mismos. Vense los estreptobacilos (*bacilo búlgaro*) de largos artículos y las masas de bacilos ovoideos (3).

(1) Es numerosa la flora de los órganos genitourinarios. Así es que no puede precisarse para cada caso los gérmenes que se encontrarán en los distintos órganos del aparato en cuestión.

Siendo este asunto uno de los que no están suficientemente consignados en las obras, creemos de interés poner a continuación la lista de los gérmenes expuesta por Macé.

(2) Ya escrito el presente trabajo nos enteramos de que al último enfermo tratado a raíz del viaje en que se trasladó a su pueblo, le reapareció un flujo seroso escaso y sin molestia alguna, según el decir de un pariente suyo, flujo que ha podido ser muy bien de naturaleza química, puesto que equivocadamente el paciente, la noche antes de su marcha, se hizo unos lavados con sublimado en una concentración superior a lo que resistía su mucosa uretral, que por fuerza había de estar irritada después de *siete meses* de manipulaciones.

(3) Los que deseen estudiar en todos sus aspectos los *fermentos lácticos* pueden consultar con gran provecho la magnífica obra de nuestro ilustre director profesor Rodríguez Méndez, titulada *Lacticoterapia y Bacterioterapia láctica*. Editada por los «Laboratorios iberoamericanos».

Órganos genitourinarios

Uretritis	Estafilococo dorado. » blanco.
	Colibacilo. Bacilo de Koch. Micrococcus ochrolencus. Bacillus perfringens.
Nefritis y cistitis.	Estreptococo piógeno. Estafilococo dorado. » blanco.
	Bacilo del carbunco. » de la difteria.
	Neumococo. Bacilo de la tuberculosis. Colibacilo. Bacilo tifoideo. » lactis aerogenes (Moralle).
	Bacilo typhi murium. » de Cladó. » de Albarrán y Hallé. » de Boycu.
	Neumobacilo de Friedländer. Urobacilo de Krogus. Proteus mirabilis. » Zenkeri. » vulgaris.
	Gonococo. Levaduras y blastomicetos diversos.

Órganos genitales del hombre

Orquitis y epididimitis	Bacilo de Koch. » tifoideo. Gonococo. Orquiococo. Neumococo. Estreptococo. Estafilococo.
	Prostatitis. . .
	Gonococo. Bacilo de Koch.

Órganos genitales de la mujer

Vaginitis . . .	Gonococo. Estreptococo. Estafilococos diversos. Bacilo tuberculoso. » diftérico. » del chancro blando. Proteus vulgaris. B. funduliformis. Leptothrix diversos. Blastomicetos diversos. Muguet. Tricomonas vaginalis.
	Estafilococo dorado. » blanco. Estreptococo piógeno. Gonococo. Neumococo. Bacilo de la tuberculosis (Delbet, Stemann). Bacilo tifoideo. Colibacilo. Proteus vulgaris. Actinomicetes.



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

Preparaciones hechas con orina centrifugada.
Véase clasificación y curva de infección.

Una vez que tuvimos la seguridad del aislamiento procedimos a sembrar tales gérmenes en una solución de lactosa al 1 por 100, previamente esterilizada a + 130° en el autoclave.

La fermentación láctica se cumple a tenor de lo indicado por Max Grimm:

1.º *Fase de adaptación.*—Desde la siembra a las cuatro horas y media, caracterizada por una notable germinación del germen.

2.º *Fase de ascensión.*—Desde las cuatro horas y media de la siembra, con una máxima germinación a las catorce horas. Gran actividad bacteriana. Acido láctico en abundancia.

3.º *Fase de descenso.*—Comienza a las diez y seis horas y acaba a las treinta y dos. Disminución del ácido láctico.

4.º *Fase de envejecimiento.*—Desde las treinta y dos horas en adelante. El microbio va perdiendo la propiedad de producir ácido láctico.

De aquí se desprende que se ha de preparar recientemente la irrigación, si bien hay que tener en cuenta el estado del enfermo, porque si inyectamos en una uretra sumamente irritada y con escasos microbios el germen en su *fase de ascensión*, el ácido láctico que se producirá en abundancia, será de efecto contraproducente puesto que no hará más que aumentar la irritación uretral.

Nosotros hemos procedido del siguiente modo:

Día primero.—La uretra contiene gran número de gérmenes. Irrigación con cánula de Suárez de Mendoza de 500 cm.³ del cultivo preparado cuatro horas antes y calentado a + 39°-40°. Con esto buscamos primero un aumento en el número de gérmenes, pues el calor favorecerá la reproducción de los mismos (el *b. búlgaro* es *termófilo*). Después inyecciones en la uretra anterior o posterior o en ambas sucesivas (según la localización) del líquido, *ocluyendo* el meato para que el cultivo impregne la mucosa uretral. Estos lavados o baños por impregnación de la uretra hacen que el *bacilo búlgaro* se detenga en los menores resquicios y forme allí el ácido láctico suficiente para destruir la flora infecciosa.

Se aconseja al enfermo que no orine por de pronto.

Día segundo.—Se continúa del mismo modo.

Día tercero.—Igual práctica, si bien reducimos a 100 cm.³ la irrigación. Así, como ha disminuido el número de gérmenes infectantes, evitamos que el mismo cultivo eche fuera de la uretra al bacilo láctico.

En los días sucesivos se disminuye la cantidad a irrigar con la cánula de doble corriente.

Si el enfermo aqueja picazón al entrar el líquido, se prepara más tardíamente el cultivo. Es que hay exceso de ácido láctico que irrita la uretra.

La práctica se continúa inyectando cultivos más amortiguados. Para esto basta recordar las *fases de actividad*. Los análisis sucesivos nos darán buena norma.

La investigación bacteriológica la hemos practicado en días alternos.

Para la inyección basta una jeringa de 10 cm.³ En cuanto a los resultados, en

todos los enfermos hemos visto que después de la primera sesión el dolor al orinar ha disminuído, se han retardado las micciones, la gota se ha fluidificado y pasado del grisoscuro al blanco.

Hacia los doce o quince días los enfermos no han notado nada de anormal. Se han encontrado buenos sin molestias de ninguna clase. Sólo en un caso la curación se ha retardado hasta el vigésimo día. Antes del *alta* hacemos el *último* examen bacteriológico centrifugando la orina y comprobando los resultados.

En los casos en que las mismas irrigaciones hayan determinado alguna irritación química de la uretra, hacemos unos simples lavados de solución bórica.

Finalmente formulamos al enfermo unos sellos a base de urotropina.

En los repetidos análisis que en nuestros enfermos hemos practicado en el transcurso del tratamiento, hemos observado imágenes microscópicas que concuerdan con los dibujos que se insertan (figuras 2, 3, 4, 5, 6 y 7).



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7

Preparaciones hechas con orina centrifugada.
Véase clasificación y curva de infección.

La siguiente *clasificación* se halla basada en el examen de las preparaciones:

I	Análisis	{	Leucocitos, cocos, estreptococos y colibacilos.	} En orden decreciente
			Células, diplococos y estafilococos.	
			Cocobacilos	
II	»	{	Colibacilos.	} , , ,
			Células	
			Leucocitos, cocos, estafilococos y estreptococos	
			Diplococos y cocobacilos	
III	»	{	Colibacilos.	} , , ,
			Células	
			Cocos, cocobacilos, estreptococos y estafilococos.	
			Diplococos.	
IV	»	{	Colibacilos.	} , , ,
			Células y estreptococos	
			Cocos y estafilococos	
			Diplococos y cocobacilos	
			Leucocitos!	

V	Análisis	Colibacilos.	} En orden decreciente
		Estreptococos.	
		Estafilococos, cocos y células.	
		Diplococos y cocobacilos.	
		Leucocitos.	
VI	»	Colibacilos y bacilo búlgaro.	} » » »
		Estafilococos, estreptococos y células.	
		Cocobacilos.	
		Leucocitos, cocos y diplococos.	
VII	»	Bacilo búlgaro.	} » » »
		Colibacilos y células.	
		Diplococos.	
		Estreptococos y estafilococos.	
		Leucocitos, cocos y cocobacilos.	
VIII	»	Bacilo búlgaro.	} » » »
		Células.	
		Diplococos y colibacilos.	
		Leucocitos, cocos, cocobacilos, estafilococos y estreptococos.	
IX	»	Bacilo búlgaro.	} » » »
		Células.	

Como se ve de todos estos gérmenes, así morfológicamente agrupados, el *colibacilo* es el que ha resistido más al tratamiento. La explicación, a nuestro juicio, es muy sencilla. Sabemos que el *bacilo coli común* es uno de los microbios que resisten la acción de los ácidos, facultad que suele aprovecharse en los análisis bacteriológicos de las aguas (método Parietti) (1) para destruir los demás microbios, sobreviniendo sólo aquellos que como el bacilo de *Eberth* y el *coli* poseen la mencionada propiedad

No es extraño, pues, que el colibacilo resista a este ácido orgánico, aunque va desapareciendo en días sucesivos.

Además, de nuestros trabajos se desprende un hecho que tiene gran importancia y es el de la posible aclimatación del bacilo búlgaro en la uretra, a semejanza de la aclimatación intestinal y de la vesical, como se ha comprobado (Vinay) en el tratamiento de las cistitis tuberculosas.

Esto sería una garantía de curación aun en el supuesto de que todavía quedaran en la mucosa gérmenes capaces de revivir la uretritis. El bacilo búlgaro se encargaría de la destrucción de esta flora bacteriana.

Como se ve en la *curva de infección* (fig. 8), en los últimos análisis sólo se encuentra células y fermentos lácticos, éstos en bastante proporción.

Nos hemos limitado a exponer nuestros resultados.

(1) Adición al cultivo de una solución de ácidos fénico y clorhídrico:

Ácido fénico.	5 gramos
» clorhídrico.	4 »
Agua.	100 cm. ³

No cabe duda que en los casos de uretritis crónica no gonocócica, los fermentos lácticos han de sernos provechosos, más aún si los empleamos con conocimiento de causa.

Es de esperar que se generalice el método en bien de ese gran número de enfermos que, aburridos de todo tratamiento, caen en un pesimismo desconsolador creyéndose incurables.

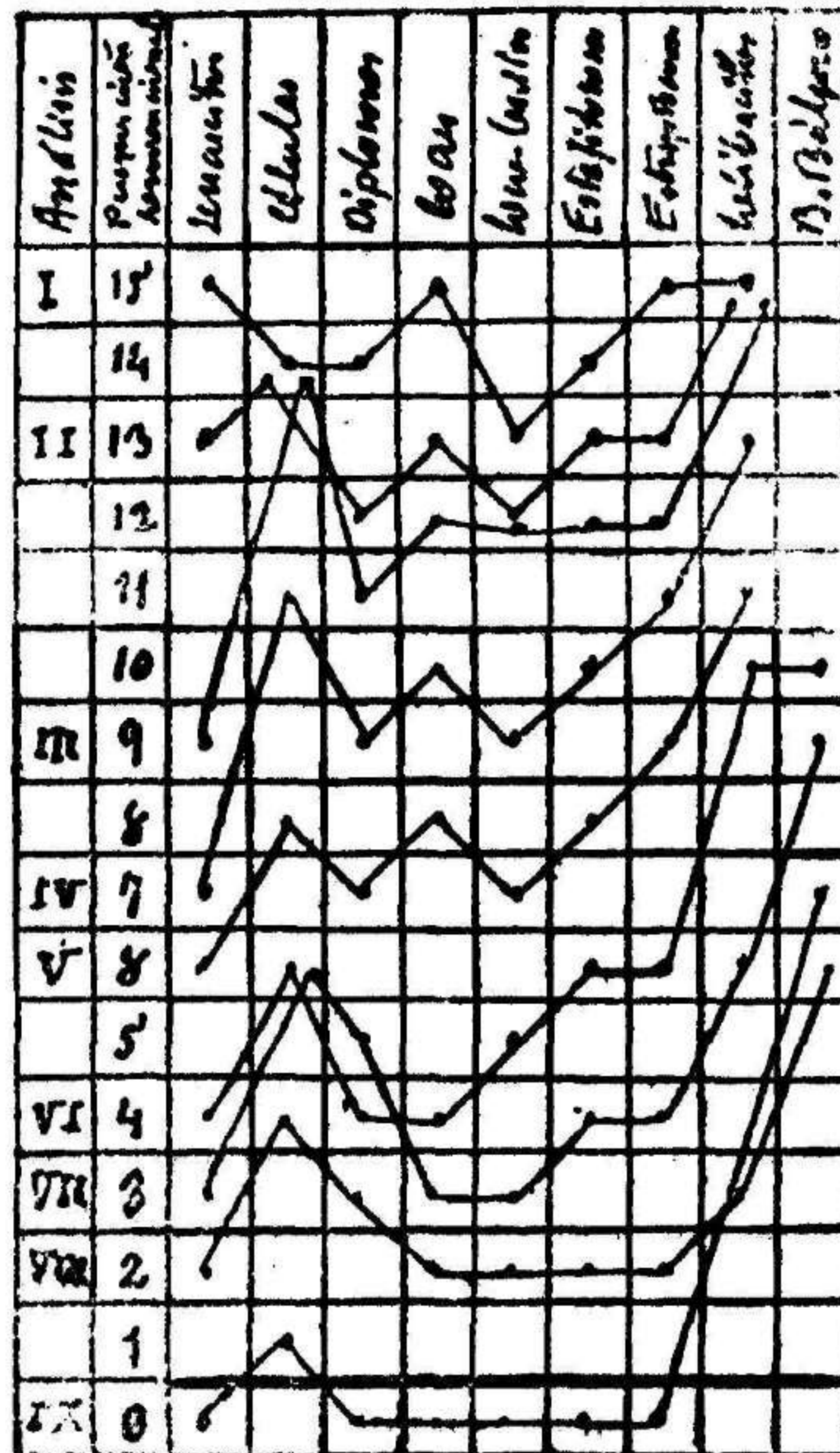


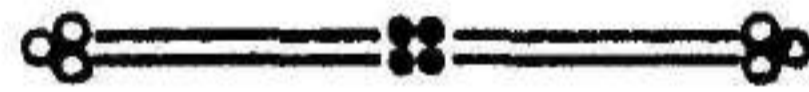
Fig. 8.—Curva de infección.

Para terminar, fijamos las siguientes conclusiones:

1.ª En toda uretritis crónica no gonocócica los fermentos lácticos pueden dar excelentes resultados.

2.ª Lo mejor es valerse del *bacilo búlgaro* solo o asociado a otros gérmenes lácticos.

- 3.ª La introducción de tales gérmenes debe hacerse en medios azucarados.
- 4.ª Las inyecciones o irrigaciones serán calientes.
- 5.ª La fase durante la cual se inyecten los gérmenes ha de ser relacionada con el estado del enfermo.
- 6.ª De todos los microbios que puedan integrar la flora no gonocócica, el colibacilo es el que resiste más; después, en orden decreciente, los estreptococos y estafilococos.
- 7.ª Es posible la aclimatación en la uretra y vejiga de los fermentos lácticos desde las primeras inyecciones.



SECCIÓN VARIA

LA CUESTIÓN MÉDICA EN EL ATENEO DE MADRID

Conferencia del DR. ALBIÑANA

La campaña en pro de las reivindicaciones médico-rurales está llegando a su período álgido. Constituidas las minorías sanitarias por prestigiosas personalidades que han de recabar del Parlamento el necesario apoyo para la obtención del pago por el Estado, síntesis y conclusión práctica de nuestros beneficios materiales, se hace indispensable una propaganda intensa para convencer a la opinión pública de la legitimidad de nuestras aspiraciones profesionales.

Basado en este criterio, el Dr. Albiñana, que no tiene asiento en el Parlamento, ha considerado muy conveniente ponerse en contacto con la opinión no médica para razonar y fundamentar esta aspiración de la clase. Fuera del Congreso y del Senado, por su carácter de tornavoz nacional, ninguna otra tribuna tiene hoy la resonancia y eficacia que la gloriosa Cátedra del Ateneo de Madrid; y entendiéndolo así el Sr. Albiñana acudió a dicha tribuna el 24 de Mayo a defender ante un público tan numeroso como selecto las ansias reivindicadoras del proletariado médico, al que en ninguna ocasión, ni menos en las actuales circunstancias puede negársele por los Poderes públicos las justísimas peticiones que desde largo tiempo vienen formulando.

Buena prueba de que la opinión se preocupa de estas cuestiones sanitarias fué la clase de público que al Ateneo concurrió, tanto por la importancia del tema, como por el prestigio y tenacidad del orador, que con tanto empeño defiende desde hace años la causa de los perseguidos médicos rurales.

Publicamos a continuación, no el texto íntegro, porque esto no es posible, dada la extensión de la conferencia, sino un extracto del texto taquigráfico de la misma, a pesar de que la gran prensa política ha dedicado también largos espacios a reseñar y comentar en términos laudatorios la hermosa y substancial oración del Dr. Albiñana

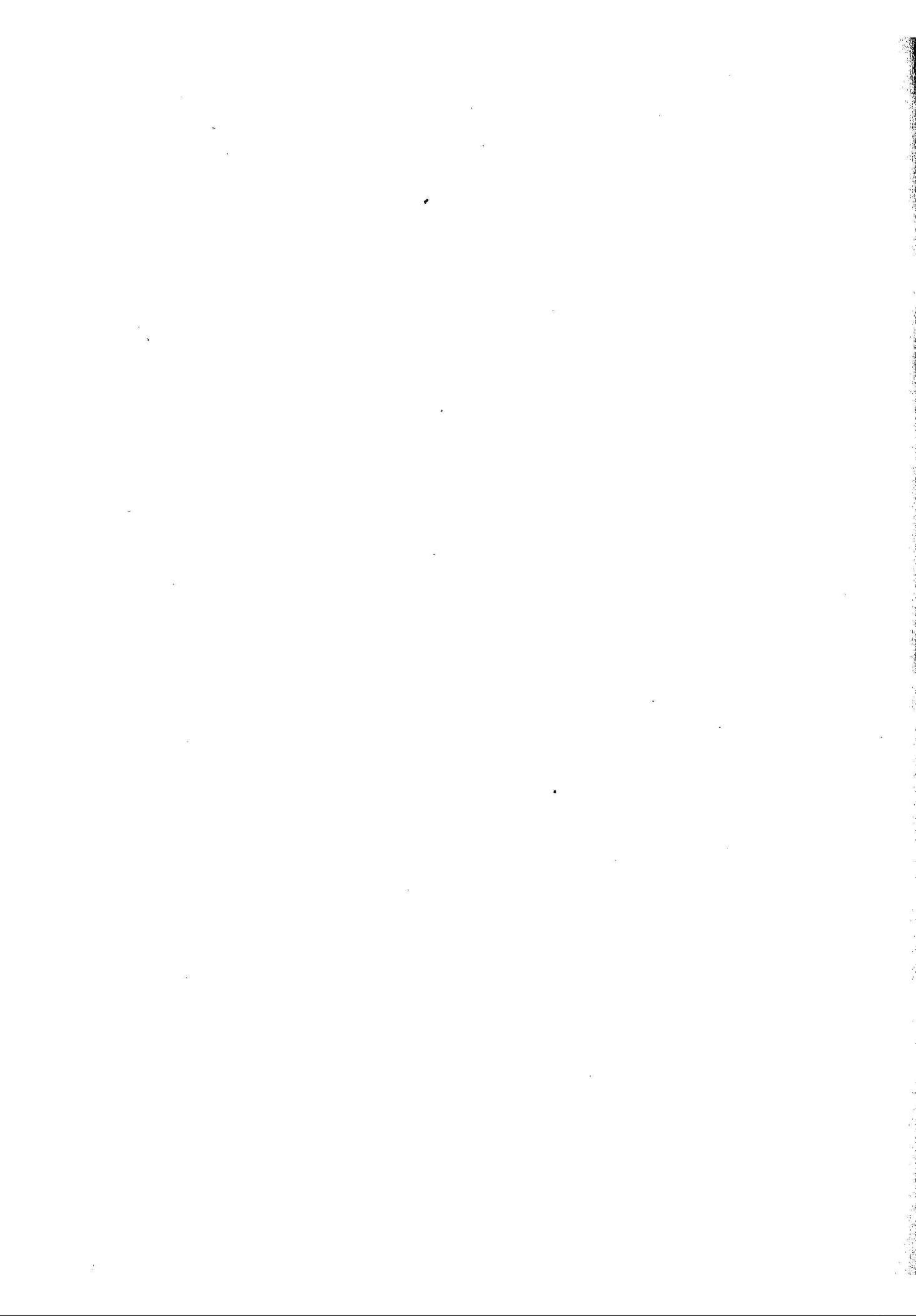
GALERÍA DE CARICATURAS



DR. FRANCISCO MEDINA

Colaborador de MURCIA MÈDICA





El tema de la conferencia fué enunciado así:

Centralización de la función sanitaria y pago a los médicos titulares por el Estado

El extracto es como sigue:

SEÑORES ATENEISTAS:

El asunto que he tenido el atrevimiento de traer a esta prestigiosa Cátedra no tiene nada de nuevo; hace muchos años que sintetiza la aspiración de una clase tan meritoria como olvidada, cual es la de médicos titulares; los altos Poderes del Estado tienen conocimiento de él; más de una vez han prometido su favorable y definitiva solución y a pesar de tanta y tan al parecer seria promesa, aún está por venir el fallo justo de este pleito, que se va haciendo crónico.

Pero ya que no encierra novedad alguna, tiene ciertamente, una nota estimable, cual es la actualidad. Porque en estos momentos en que la opinión española está asistiendo, complacida, al mejoramiento de todos los funcionarios militares, civiles y hasta eclesiásticos, no hay razón ninguna para que a los médicos titulares, que constituyen una clase dignísima y de gran utilidad social, se les niegue o regatee las lícitas mejoras que desde hace muchos años viene formulando, y que, pródigamente, se están concediendo a los funcionarios de todos los órdenes administrativos. (*Aprobación*).

A tan alto estado político ha llegado este asunto, que, para resolverlo, se han constituido recientemente en ambas Cámaras lo que pudiéramos llamar *minorías sanitarias*, compuestas por ilustres senadores y diputados que ostentan un título profesional relacionado con la Sanidad. Ellos acometerán resueltamente el problema con extraordinaria competencia, ya que en esas minorías figuran hombres insignes que culminaron en la Medicina y en la Política; de buen grado les acompañaría en esta justa y patriótica empresa; pero como yo no soy ni diputado ni senador, vengo aquí a exponer ante vosotros, como laboriosos representantes de la intelectualidad española, los razonamientos y argumentaciones que expondría en el Parlamento, si tuviera asiento en él.

Casi siempre que esta cuestión se ha llevado a las Cortes, ha surgido alguien que, atribuyéndose la función opositora del *abogado del diablo* en los expedientes de canonización, ha procurado entorpecer, dificultar y anular toda iniciativa plausible, combatiéndola en nombre de una pretendida *autonomía municipal*. Y es hora ya de que, histórica, jurídica, y políticamente, se defina y determine el concepto de autonomía, para demostrar a sus partidarios que es un absurdo oponerse al progreso sanitario, invocando una ficción administrativa de orden municipal.

No voy a ofender vuestra cultura tratando de explicar el significado de la pala-

bra autonomía, porque todos lo conocéis perfectamente; pero considero necesario hacer un análisis de esta expresión para demostrar que la aplicación que comunmente se le da por los políticos de oficio, no responde a su verdadero concepto, ni mucho menos, aplicado al organismo municipal.

Autonomía, del griego *autos*, por sí mismo, y *nomos*, ley. Derecho de que goza una ciudad, región o un estado, de gobernarse por sus propias leyes.

Tucidides y Jenofonte llamaban *autonomoi* y los romanos *autonomi*, a los *Estados* que se gobernaban por sus propias leyes y no estaban sometidos a ningún poder extranjero. Según este significado de la palabra, que es el verdadero, autonomía equivale a *independencia* y sólo puede aplicarse a *Estados*, verdaderamente tales, pero no a municipios.

En la España medioeval que tanto se cita a este propósito, los municipios no disfrutaron de verdadera autonomía, pues si bien se regían por *fueros* éstos eran otorgados por el rey, y no dictados por los municipios. Actualmente la autonomía municipal no puede significar que los organismos políticos a que se refiere tengan completa libertad para gobernarse por sí mismos, porque entonces cada uno de ellos formaría un Estado independiente, sino tan sólo una *descentralización* más o menos amplia. Y esta descentralización no cabe hoy en asuntos tan trascendentales para toda la Nación, como es la Sanidad pública.

Es cierto que la autonomía municipal tiene muchos enamorados, sobre todo volviendo la vista atrás y recordando el brillante papel del municipio en otras épocas históricas. A este propósito merecen citarse las siguientes bellísimas palabras de Emilio Castelar:

«El Municipio, aunque roto, fué el escollo donde se refugiaron los celto-romanos contra las invasiones de los bárbaros; el Municipio fortificó la obra de la Reconquista, pues Sancho García y Fernán-González no hubieran podido atravesar las llanuras de Castilla si los plebeyos no los siguen jadeantes para recoger, entre el botín de la victoria, los pergaminos de sus cartas-pueblas; los Municipios reunían sus procuradores fundando la altísima institución de las Cortes, tribuna que es nuestra gloria y nuestro orgullo, al mismo tiempo que sobre su sacratísimo patrimonio; sobre la tierra de los propios, colgaban las cadenas de los siervos, los últimos eslabones rotos de las castas; el Municipio levanta las agujas de la catedral gótica junto a la cincelada sinagoga judía, educa los jurados, enjendra los hombres buenos, escribe el *Romancero*, da al teatro un «Alcalde de Zalamea», un héroe más grande que el Agamenón y el Orestes de Esquilo; corta con sus hermandades la cabeza a la hidra del feudalismo; asiste con sus milicias desde Toledo hasta las Navas, desde las Navas hasta la vega de Granada, cuando él perece en el patíbulo de Villalar, en su caballerisca personificación de Pacilla, a los golpes de los imperiales, de los flamen-

cos, de los extranjeros, perece la patria, que cabe toda entera con Carlos II en el panteón de El Escorial; y cuando él renace con la guerra de la Independencia, renacen las Cortes, renace la dignidad nacional; que el Municipio es, ha sido y será siempre el hogar del pueblo el árbol secular a cuya sombra han de abrazarse la democracia y la libertad sobre el suelo de la nueva Europa».

Pintoresco, exacto y grandilocuente es este himno de Castelar, dedicado al Municipio español. Pero la realidad actual es muy otra y hace falta otro Castelar que sepa conmovernos descubriéndonos los grandes abusos que los alcaldes cometen en el municipio rural. Porque no hay nada más repugnante y dañino que el cacique pueblerino, inculto, soez y analfabeto; bajo su tiranía gimen las clases intelectuales que con cargo oficial representan el único elemento de cultura de la localidad. Al amparo de la autoridad municipal se ha perseguido vergonzosamente al maestro de escuela, se persigue hoy al médico titular, se atenta contra la dignidad profesional, contra la vida algunas veces, y contra el pan casi siempre; y el desgraciado que esto sufre y procura algún medio de defensa, ya sabe que el furor alcaldesco le espera con su cortejo de falta de pago, destituciones injustas y expedientes calumniosos.

La insuficiencia de la actuación municipal para una función tan esencial como la instrucción primaria, no sólo ha sido reconocida por la opinión unánime, sino que se encuentra consignada en textos legales. Oid lo que decía el Conde de Romanones en la exposición del Real decreto de 26 de Octubre de 1901, por el que incorporó al Presupuesto del Estado el pago a los maestros primarios.

«...Desde que llegué a este Ministerio, las demandas justísimas de los educadores de la infancia, avivaron mi deseo de terminar con las dificultades que se oponían constantemente al adelantamiento de la cultura patria. Pidióseme en muchas ocasiones como gracia lo que siempre tuve por justicia: ¡a tal extremo había llegado el abatimiento de los maestros, desesperanzados, y la desidiosa incuria de los organismos municipales a los que correspondía el cumplimiento de tan sagradas obligaciones!»

Fijaos bien, señores, en la gravedad de estas palabras que el Conde de Romanones se vió en la necesidad de exponer al Poder real, y que constituyen una verdadera acusación contra el lamentable municipio rural, al que se presenta, en el preámbulo de un decreto, como «rémora constante al adelantamiento de la cultura patria».

Si el gran Castelar hubiera vivido, y alcanzado los tiempos de esta reforma, ¡con cuánto dolor hubiera cantado los crímenes culturales de los municipios analfabetos, a los que el Estado en nombre del progreso patrio, se veía obligado a despojar de la función pedagógica! (*Muy bien*).

Estos abusos que los Ayuntamientos rurales han cometido con la enseñanza pública, continúan cometiéndolos con la sanidad. El maestro de ayer, económicamente

hablando, es el médico titular de hoy; la escuela abandonada de antaño, es el servicio sanitario incumplido en la actualidad.

Los habitantes de un municipio, para el caso de una invasión epidémica, carecen de toda defensa local; no tienen más amparo que el que el Estado pueda proporcionarles; las autoridades locales son administrativas, mejor se diría *políticas*, pero nunca sanitarias. Los pueblos están huérfanos de autoridad sanitaria, porque ésta por un absurdo legal y moral, reside en el alcalde y no en el médico, como inspector municipal de Sanidad. Este cargo resulta en la práctica nominal, pues no tiene fuerza ejecutiva ninguna.

Entre un consejo del médico como técnico y un capricho del alcalde, triunfa siempre el capricho, la arbitrariedad. La práctica profesional está constantemente presentando casos en que el dictamen facultativo queda pisoteado por la imposición despótica del cacique. Si en la propiedad de estos monstruos existe algún pozo negro que como foco de infección perturba la salud, es inútil que el médico inspector de Sanidad, trate de cegarlos, porque el alcalde se opondrá a ello, aunque se muera medio vecindario. Si de un lagar, cuadra o alcantarilla se desprenden emanaciones pestíferas, el médico no podrá evitarlas, porque el foco de infección es propiedad del cacique. Si el tirano exige al médico un certificado de sanidad pública o privada, y éste en cumplimiento de un deber de conciencia se niega a darlo, ya puede prepararse a ser objeto de las más crueles persecuciones: multas absurdas, recargo en el reparto de consumos y otros crímenes legales que acaban con la destitución del cargo de titular. El Estado no tiene más garantía local para la vigilancia sanitaria que la actuación del médico, y a éste, como al cacique le convenga, no se le deja cumplir con su deber.

La clase médica rural es la que más ha luchado por su mejoramiento y la que ha obtenido menos. Los que vean en estas luchas solamente un miserable pleito de pesetas, se equivocan y ofenden a la clase; los médicos españoles luchan por el fuero más que por los beneficios materiales, sin que desatiendan éstos, porque al fin y al cabo es muy humano y muy justo asegurar la lícita retribución de un trabajo honrado.

Demostrado que el Municipio español, por su insuficiencia y abandono, está incapacitado para realizar la función sanitaria, como antes lo estuvo para realizar la función pedagógica, es evidentemente indispensable que se imponga una enérgica intervención del Estado. A este fin debe procederse a la organización del Cuerpo de Sanidad civil, con funcionarios técnicos que lleven la acción del poder central a la provincia y al Municipio.

Precisa, ante todo, la creación de un Ministerio de Sanidad, ya que hoy los servicios sanitarios están diseminados en tres Ministerios: en el de Fomento, con la

llamada Sanidad del Campo; en Instrucción pública, con la inspección médico-escolar, y en Gobernación, con los servicios de Sanidad interior y exterior. Y si, por dificultades económicas o escrúpulos de excesiva burocracia no llegara a crearse este Departamento, urge el restablecimiento de la antigua Dirección general de Sanidad, no política, sino técnica, con amplitud y fuerza ejecutiva bastantes para mantener el fuero sanitario, desde el organismo central a la más apartada aldea.

Las infracciones sanitarias que hoy no pueden castigarse en la localidad por imposiciones caciquiles, deberán ser falladas en última e inapelable instancia por la Dirección del ramo, la que, apartada de toda pasión política y lejos de todo interés local, aplicaría la sanción conveniente a la infracción cometida.

La creación del Cuerpo de Sanidad civil, que de hecho está ya integrado por los inspectores municipales, subdelegados e inspectores provinciales, no ocasionaría al Tesoro ningún gravamen; al contrario, podría ahorrarse los sueldos del Cuerpo de la Inspección Médico-escolar, porque los médicos titulares, con sus haberes garantizados por el Estado, se encargarían gustosos del servicio escolar, como comprendido en su zona de inspección.

No pedimos nada imposible ni nuevo: el problema queda solucionado con aplicar a los médicos titulares la misma norma que se aplicó a los maestros primarios, esto es, que el Estado se encargue de satisfacerles sus haberes, reintegrándose por parte de los Municipios con las consignaciones que por Sanidad les corresponden pagar, con arreglo a las clasificaciones establecidas en la vigente Instrucción.

Recuerdo que en el preámbulo del Decreto sobre el pago de los maestros se afirmaba que las frecuentes disposiciones ministeriales apremiando a los Ayuntamientos, aunque dictadas con la mejor buena fe, no obtenían eficacia alguna.

Exactamente lo mismo ocurre con los Decretos y Reales órdenes referentes al pago de los médicos titulares; varios de ellos se han dictado, y por desgracia ninguno ha surtido el deseado efecto; la última disposición dictada sólo demostraba la ineficacia de la anterior y la evidencia de que al nuevo mandato le estaba reservado igual fracaso que a los anteriores; ya lo dijo el Sr. Sánchez Guerra siendo Ministro de la Gobernación y contestando a un discurso parlamentario del malogrado doctor Moliner: «Donde no llega un cañonazo, no llegan dos».

La ineficacia de estas disposiciones no depende solamente de la mala fe de los alcaldes; obedece muchas veces a indecisión del médico, que de antemano sabe que si hace uso de la Real orden o Decreto, incurre en las iras caciquiles, exponiéndose a bárbaras represalias; alguien culpará al médico de falta de civismo al no usar de un derecho que se le concede; pero hay que ser justos y reconocer el estado de indefensión en que el titular se encuentra colocado en el ambiente rural.

Al Decreto de los maestros precedió una amplia información, en la que desde

el Rector, jefe del distrito universitario, hasta el más humilde Profesor primario de la última aldea, acudieron para demostrar los grandes latrocinios que los Ayuntamientos cometían, *tragándose* los fondos destinados al pago de sus haberes.

Esto mismo pedimos que se haga con los médicos: ábrase una información; llámese a ella, no a los gobernadores, que por muy respetables que sean siempre están relacionados con los alcaldes por inconfesables vínculos caciquiles, sino a los inspectores provinciales de Sanidad, como jefes naturales de los titulares; confeciónese una estadística de Ayuntamientos morosos, y se verá la vergüenza del débito, demostración evidente de cómo los Municipios desatienden sus obligaciones sanitarias.

Hace unos siete años, el periódico *La Sanidad Civil*, publicó una *estadística de trampas* en la que figuraban algunas cantidades adeudadas por los Ayuntamientos a los médicos. El resultado causaba rubor: llegaron a contarse *más de ocho millones de pesetas de débitos*; de entonces a esta fecha, ha aumentado la cifra en *dos millones*. Hay que hacer constar que Cataluña solamente, a pesar de su Mancomunidad, de su pretendida excelente administración y de sus insistentes reclamaciones de autonomía, debe a los médicos de sus municipios *más de un millón de pesetas*, dato que seguramente disgustará al Sr. Cambó porque no prueba ciertamente la pureza administrativa catalana, pero que disgusta mucho más a los pobres médicos acreedores, que, a pesar de tanta belleza regionalista, no encuentran manera de cobrar. (*Risas y aplausos*).

La incautación por el Estado de los fondos municipales necesarios para las atenciones sanitarias, no ofrece ninguna dificultad en la práctica. No es preciso llegar a otro aumento del 16 por 100 en la contribución, como se hizo cuando los maestros; bastará con crear la *cédula sanitaria*, es decir, un documento equivalente al papel de pagos al Estado, que los Ayuntamientos deberán adquirir trimestralmente, invirtiendo en su adquisición una cantidad igual a la que en metálico deberían satisfacer al titular, con arreglo a la categoría correspondiente.

Esta cédula o recibo acreditativo de haber verificado el pago sanitario, se uniría a la documentación pertinente al presupuesto de gastos, el cual no se aprobaría por el gobernador si no fuese acompañado de dicho justificante; en este caso el Ayuntamiento sería considerado como defraudador a la Hacienda y el Estado intervendría la Caja municipal. De este modo terminaría el vergonzoso espectáculo de los Ayuntamientos morosos y de los médicos hambrientos, y los servicios sanitarios se prestarían con la debida escrupulosidad.

No quiero abusar de vuestra cortés atención extendiéndome en otros detalles de organización administrativa. Todos vosotros habéis comprendido por esta exposición la justificadísima razón que a los médicos titulares asiste para pedir su mejo-

ramiento con la insistencia que lo hacen. A vosotros me dirijo, activos representantes de la intelectualidad, no sólo para convenceros, sino para suplicaros, en nombre de una clase meritísima y desvalida, que os convirtáis en propagandistas de sus justos anhelos, ayudándonos a conquistar a la opinión profana para que preste a las peticiones médicas la misma justa asistencia que dispensa a los funcionarios de otros órdenes. Los médicos rurales, aunque decepcionados y de modesta condición económica, no abandonan sus trincheras, y en Octubre próximo, cuando la discusión de los futuros presupuestos ofrezca adecuada oportunidad para el estado parlamentario de sus aspiraciones, se reunirá en un tercer Congreso Nacional de Sanidad Civil, para formular nuevamente sus demandas y confiarlas a la intervención de las minorías sanitarias.

Esta es la cruzada que a través de largos años tiene emprendida la clase médica de los pueblos; si cooperáis al éxito, podréis enorgulleceros de haber contribuido a limpiar del fango caciquil un título profesional en el que se vincula la más alta función consoladora de la Humanidad. (*Grandes aplausos, que se repiten durante largo rato.*)

Asamblea Médica Regional Valenciana

12-17 Marzo 1918

(CONTINUACIÓN)

El Dr. Pérez Manglano, solicita de la Asamblea se añadan las siguientes proposiciones:

1.ª Que se concedan nombramientos de auxiliares clínicos y profesores de guardia como existen en la Facultad de Medicina de Madrid.

2.ª Que después de la licenciatura se establezcan dos cursos de práctica hospitalaria como ocurre en otras naciones.

El Dr. Gómez Ferrer agradece a todos los assembleístas la cariñosa ovación que le han tributado y singularmente a los señores que han ampliado el debate con discursos.

La Asamblea acuerda por aclamación aprobar las conclusiones del maestro, juntamente con las dos proposiciones del Dr. Pérez Manglano.

El Dr. Oliete lee un trabajo titulado «Necesidad y modo de evitar la inconsciencia médica», cuyas conclusiones son:

1.^a Atribuimos la inconsciencia médica, no a la ignorancia de la cosa, ni a los fenómenos que atañen a nuestra ciencia, sino al de la naturaleza de los primeros, y al de la relación causal de los segundos, en lo que tienen de cognoscible y de conocido.

2.^a Ello encuentra su causa: *a)* En la defectuosa preparación que el alumno posee a su llegada a la escuela médica. *b)* En el absurdo encadenamiento de los estudios médicos que, por acomodados a un espacio y tiempo caprichosamente imitados, se han distribuido arbitrariamente. Esto conduce al alumno a tener que almacenar en la memoria conocimientos inconexos e incapaces de hacerle surgir una idea propia y lógica.

3.^a Es inútil toda reforma en la enseñanza si no recae esencialmente en el establecimiento de un plan de estudios racional y lógicamente progresivo.

4.^a Debemos precaver la posibilidad de toda reforma en inspiraciones exóticas que serían inadecuadas a nuestro ambiente de instrucción general, y cuidar de lograrlo perfecta y rápidamente aplicables a las necesidades nacionales médico-docentes.

Hace uso de la palabra el Dr. Aguado, leyendo su trabajo, que titula «La enseñanza de la Cirugía en nuestras Facultades», y cuyas conclusiones son:

1.^a Las clases de Disección y Anatomía Topográfica y Operatoria serán eminentemente prácticas, disponiendo de cadáveres en abundancia. Para lo cual se deben pedir a los Ministerios correspondientes, por medio de esta Asamblea, de los representantes en Cortes de las Universidades y de todos los claustros de las Escuelas de Medicina, que se dicten las debidas disposiciones, al objeto de conseguir que todos los individuos que fallezcan en los establecimientos benéficos y del Estado, cual Asilos, Manicomios, Hospitales, Cárceles, Penales, etc., pasen a la sala de disección.

2.^a Que en las cátedras de Quirúrgica, Obstetricia, Ginecología, etc., sean designados por el profesor y por riguroso turno el número de alumnos que forzosa y diariamente tienen que ocuparse de las curas, asistencia a partos, tratamiento de accidentes, etc., en unión de los internos y practicantes correspondientes.

3.^a Que a los alumnos que no asistan a los cursos prácticos de la Facultad, se les exija un certificado del profesor o especialista con el cual hayan trabajado, y en que conste su labor realizada en la materia que pretenden aprobar, sin perjuicio de someterles, aparte del correspondiente examen teórico, a otro clínico y de suficiencia práctica.

4.^a Que en los dos últimos cursos de la carrera, las intervenciones de Cirugía

de urgencia que todo médico debe saber realizar y las de pequeña Cirugía, sean hechas por los alumnos, bajo la dirección experta y técnica de sus maestros.

5.ª Que se organicen en nuestras Facultades, al igual que se hace en Madrid y en el extranjero, cursillos de especialidades para médicos y alumnos, en los cuales los inscriptos, mediante el abono de los derechos que se fijen, reciban las lecciones teórico-prácticas de las respectivas especialidades, por los profesores, bien oficiales o libres que a ello se presten, contando con la cooperación del claustro en todo lo referente a local, material, etc.

Puesto el tema a discusión, se concede la palabra al Dr. Cogollos (D. José), quien con gran energía defiende la labor pedagógica, que sólo actualmente, sino en épocas pasadas, han realizado los catedráticos de Clínica Quirúrgica de esta Facultad, culpando muchas deficiencias apuntadas por el ponente, no sólo a la defectuosa organización de la enseñanza y escasez de medios, sino también a la falta de voluntad que para aprender tiene la inmensa mayoría de los alumnos.

El Dr. Llisterri (D. Práxedes) dice que para realizar una intervención quirúrgica de las llamadas de «urgencia» no se necesitaba haberse ejercitado previamente en el cadáver o en el vivo, sino que bastaba haber leído algún tratado de «Medicina operatoria» y tener corazón. «Jamás, añadió en tonos vibrantes, debe dejarse morir a un semejante de asfixia, por ejemplo, por no haber practicado nunca la traqueotomía».

El Dr. Aguado rectifica, diciendo que nunca había pasado por su mente, ni creía que de la lectura de su ponencia podía suponerse censura alguna para los dignísimos profesores de Cirugía de esta Facultad, que él hablaba de su deficiente enseñanza, no en la nuestra, sino en todas las Facultades españolas; que para operar no creía que era suficiente tener corazón, sino pasar un conveniente aprendizaje y ejercitarse mucho en la técnica operatoria, y que no todos los profesores hacían lo que el gran maestro D. Ramón Gómez Ferrer, que sin muchas lecciones teóricas y sacrificando por el alumno tiempo y trabajo, conseguía que todos salieran de sus aulas conociendo a fondo la Pediatría.

El asentimiento unánime de la Asamblea se manifiesta en una clamorosa ovación al Dr. Gómez Ferrer.

Se aprueban las conclusiones del Dr. Aguado.

Suspendida la sesión media hora, bajo la presidencia del Dr. García Morro, de la provincia de Castellón, se reanuda, concediendo la palabra al Dr. Comín Villar, que lee su ponencia sobre «Intercambio de Títulos», y cuyas combinaciones son:

1.ª La validez de los títulos académicos extranjeros estará a lo dispuesto en tratados internacionales, y ésta se basará en el principio de reciprocidad.

2.ª Para otorgar la validez a un título extranjero será imprescindible su legali-

zación y la identificación de la personalidad del titulado por el procedimiento dactiloscópico.

3.^a Se someterán a rigurosa revisión los títulos de extranjeros, para ver si están conformes con las anteriores bases.

4.^a Aquellos títulos que no estén conformes con las condiciones exigidas, se estudiará el medio para anularlos.

5.^a En caso de epidemia, deberán los Gobiernos autorizar el ejercicio de la profesión en la zona limítrofe de las fronteras, y sólo durante el tiempo que dure la epidemia.

El Dr. Cerveró felicita al ponente, y en apoyo de las conclusiones expuestas, cita el hecho de que en Valencia ejerce un extranjero intruso, sin más título que un pergamino, en el que dice que es Oficial de Sanidad, o sea una especie de practicante en Francia, autorizado por el Sr. Burell, entonces Ministro de Instrucción. Pide que ese título, por ilegal, sea anulado.

La Asamblea en pleno aprueba, con las conclusiones del Dr. Comín, la proposición del Dr. Cerveró.

El Dr. Bosch Solves, de Almusafés (Valencia), lee un razonado trabajo titulado «Transgresismo, intrusismo y abusibismo», que no tiene conclusiones y que no pudo ser leído, como correspondía, en la sesión anterior.

Y con ello se levantó la sesión.

SÁBADO 16 MARZO

Sesión séptima.—Abierta la sesión por el Dr. J. Peset, se comenzó por la lectura de la comunicación del Dr. Roig Valero, titulada «La odontología actual como modelo de especialidad médica», siendo aprobadas las conclusiones siguientes:

1.^a El ejercicio de la odontología sólo deberá permitirse al médico.

2.^a El médico que aspire a ejercer la odontología, tendrá que aprobar previamente todos los estudios necesarios para conseguir el título de odontólogo.

3.^a Las restantes especialidades médicas se instituirán en condiciones análogas a las vigentes para la odontología.

Se leyó a continuación el trabajo del Dr. Rodríguez Fornos sobre «Tribunales de honor», comunicación magnífica, hecha con la habitual pericia de tan culto maestro, siendo aprobadas las conclusiones después de intervenir los Dres. Marín y Peset.

El Dr. Blanco leyó su comunicación «Relaciones entre el médico y el especialista», siendo aprobadas las conclusiones que expone y que como conclusión fundamental dice: «Tengamos presente en todo caso éticamente difícil, o simplemente du-

dosos, que debemos proceder con el compañero como en situación análoga desearíamos nos tratara él».

El Dr. Mestre leyó su luminosa y bien escrita comunicación sobre «Legitimidad y resultados de la práctica del veto en la clase médica».

Fueron aprobadas todas las conclusiones, siendo las principales las siguientes:

Entendemos por veto, la libertad que tiene el médico, aislado o en colectividad de señalar con el índice a su atropellador y contestar al atropello con la innacción, cuando sean requeridos sus servicios.

Admitimos que el veto sea de legalidad estricta, considerándolo como una variante de la justicia universal, merced a la que no quedarían impunes la mayoría de nuestros escarnios y sufrimientos sociales.

El Dr. Peset (J.) leyó adaptadas al Reglamento de Unión Regional, para ganar tiempo, las conclusiones siguientes:

1.^a Las relaciones interprofesionales deben tener por base la justicia y el compañerismo, fundado a su vez en un sentimiento profundo de la nobleza del arte ejercido y en la igualdad de todo compañero ante el mismo diploma que todos ostentamos.

2.^a Es falta vituperable menospreciar al compañero ausente y no defenderle de los ataques que sufra en presencia nuestra, siempre que dicha defensa no redunde en desprestigio de la clase a fuer de injusta. Sin embargo, será lo más frecuente que defendiéndole, velemos por los prestigios de aquélla.

3.^a El médico debe ser socio por lo menos de la Corporación médica que más importancia tenga en la región. El médico aislado es un fósil llamado a desaparecer.

4.^a Al instalarse debe visitar a los compañeros que ejercen en la población, a menos, de que la gran extensión de ésta haga imposible la visita individual, en cuyo caso enviará su tarjeta ofreciéndose.

5.^a El respeto al compañero debe ser máximo si es mujer, pues al merecido por el título que ostenta, hay que añadir el debido a su sexo.

6.^a Por elevada que sea la posición alcanzada por un médico, debe prestar sus cuidados gratuitamente al compañero enfermo por modesto que éste sea, haciendo con ello honor a la clase a que ambos pertenecen. Dicho derecho debe hacerse extensivo a la familia del compañero en los casos que éste es el encargado de pagar los honorarios, y a los estudiantes de Medicina.

7.^a Cambios de clientes:

a) Los clientes no están hechos para los médicos, sino los médicos para los clientes; además, su curación es el único objeto de nuestras relaciones con él, por tanto el interés del enfermo debe estar por encima de todo.

b) La libre elección de médico por el cliente es axioma profesional que debe-

mos respetar. Cuando éste llama un médico se reserva implícitamente el derecho de llamar otro cuando le convenga. Nuestro único derecho consiste en evitar que un compañero sea burlado en los suyos.

c) El gabinete del médico es terreno neutral donde puede encontrar su asistencia todo cliente sin restricción ninguna.

d) Al ser llamado el médico para atender a un cliente en el domicilio de éste de una enfermedad no tratada aún por otro compañero, podrá hacerse cargo del enfermo sin más requisito que comprobar en el libro de clientes morosos de la población que no consta allí deuda ninguna a otro compañero. Si la asistencia es urgente no se negará en ningún caso.

e) Para asistir a nuevo cliente de enfermedad ya asistida por otro compañero, habrá de preceder consulta con éste. De ser ésta imposible, el nuevo médico deberá hablar con él. Tanto si es llevado a la cabecera sin previo aviso, como en todo caso de urgencia, hará las prescripciones indispensables y se retirará hasta llenar aquellos requisitos. Es aplicable lo dicho en el apartado anterior sobre clientes morosos.

f) Nunca se aceptará el papel de médico consejero de la familia, encargado de opinar sobre la conducta observada por el médico de cabecera, pues este difícil papel de juez incógnito lleva insensiblemente a actuaciones profesionalmente incorrectas.

g) Es grave falta profesional desviar clientes de un compañero en provecho propio, cualquier medio que para ello se emplee, se haga emplear o se deje emplear.

8.ª Consultas médicas.

a) Pueden proponer la consulta el médico, el enfermo y la familia de éste.

b) El médico propondrá la consulta cuando sea necesaria por la obscuridad del caso y sea posible con arreglo a las circunstancias económicas y de lugar. El enfermo y la familia pueden proponerla cuando les plazca.

c) Para elegir compañero consultor el médico debe tener, como única norma, el interés del enfermo. Este y su familia son libres de designar a quien gusten. El médico de cabecera debe aceptar su consulta salvo casos excepcionalísimos como son: ilegalidad del título ostentado o público deshonor.

d) El médico de cabecera debe presidir y dirigir la consulta, a la cual sólo estarán presentes los médicos y además será el encargado de autorizar las prescripciones que resulten de acuerdo.

e) El médico consultor hará conocer el resultado de la misma a la familia, debiendo cohonestar el sagrado interés del enfermo con los dictados del más exquisito y correcto compañerismo.

e) El médico de cabecera no se negará a aceptar la cooperación del compa-

ñero consultado, si así lo solicitase la familia, entendiéndose que la visita se hará en conjunto, y sólo él autorizará las prescripciones.

f) En caso de discrepancia, deben hacer el médico de cabecera, y el consultado la indicación a la familia de la necesidad de un tercero. Si se acepta lo que había indicado el médico de cabecera, éste podrá continuar encargado del enfermo, y si se opta por lo expuesto por el médico consultado, éste no aceptará tal elección, sin que antes exponga su opinión un tercero. Emitido este dictamen, la familia o enfermo puede escoger entre el de cabecera o primer consultado, inclínese el dictamen a una o a otra opinión, o expóngase otra tercera tesis: en ningún caso este tercero puede encargarse del enfermo, a no ser por ruego de sus compañeros y con aceptación de la familia.

g) Toda práctica quirúrgica, o de especialidad, verificada en el pueblo de residencia del enfermo, debe preceder a ellas la invitación de su presencia al Médico de cabecera por el cirujano o especialista. No puede declinarse tal deferencia a no ser en causa justísima.

h) No podrá negar a ningún cliente que esté visitando su historia clínica, si así lo solicitase enfermo o familia, para que con ella pueda hacer juicio de diagnóstico otro compañero en su gabinete: en tal caso, éste viene también obligado a dar su dictamen por escrito.

8.^a Es digna de aplauso la costumbre que tiende a generalizarse y que consiste en los reemplazos mutuos entre compañeros a título gratuito. Los honorarios de los servicios que se cobran en cuanto son hechos, quedan a favor de quien los practica.

9.^a Es tolerable la venta de clientela, si bien su sucesión gratuita es siempre un acto más deseable para ganar la clase en consideraciones y para que el compañerismo luzca inmaculado.

10. Los socios que ejerzan en una misma localidad, se pondrán de común acuerdo respecto a honorarios y a igualas por medio de pacto escrito, del que remitirán a la Junta de Distrito copia autorizada por todos. Igualmente a primeros de Enero de cada año se pasarán listas de morosos del año anterior.

11. Los Médicos pertenecientes a la «Unión» se abstendrán de solicitar toda vacante, cuyos Ayuntamientos no hayan cumplido las disposiciones legales sobre provisión y clasificación de partidos médicos, y mientras no sea declarada solicitable por la Junta de Distrito en cuya jurisdicción radique aquella.

12. Todos los socios consideran para los efectos de este Reglamento como caso de agravio, su preterición por las familias con relación a compañeros que no pertenezcan a la «Unión».

13. Fuera de los casos de oficio, ningún socio mantendrá relaciones profesio-

nales de ningún género con el compañero que habiendo sido invitado a ello por la Junta Directiva, no perteneciera a la «Unión», o que debiendo pertenecer a la misma no se hubiera inscrito.

La misma conducta observará con los que hubiesen sido expulsados o suspensos por el tiempo que durase esta corrección.

Queda además, especial y terminantemente prohibido a los socios en sus relaciones interprofesionales, siendo caso de expulsión de los mismos:

1.º Sustituir a un profesor alguno que debiendo figurar como socio no lo fuese.

2.º Negarse a sustituir en momento de urgencia a compañero que pertenezca a la «Unión», con daño real para éste.

3.º Solicitar ni ocupar vacantes de titular cuando el profesor cesante hubiese sido separado injustamente, perjudicado, ofendido en su dignidad profesional notoriamente o en sus intereses por el Municipio, sin que antes aquél hubiese sido desagraviado o satisfecho a juicio de la Junta de Distrito.

Intervienen el Dr. Cerveró pidiendo se dé una nota de estas conclusiones a todos los alumnos del 6.º curso, y el Dr. García Romero, que se estudie la manera y se incluya en el capítulo de deberes interprofesionales, de evitar el hecho lamentable de que un compañero, por móviles políticos acepte contratos con núcleos pueblerinos con perjuicio notorio del compañero que legítimamente desempeña el cargo.

Pide también que en el caso de que varios compañeros residentes en una misma localidad soliciten una vacante, sea la oposición y no el caciquismo quien decida.

También intervienen en la discusión los Dres. Cortés, Pastor y Vila Barberá, aprobándose las conclusiones con las modificaciones propuestas por los Dres. Cerveró y García Romero.

El Dr. Olmos lee su trabajo «Moral médica». Siendo aprobadas las siguientes conclusiones.

1.ª La falta de compañerismo es el principal factor del malestar de la clase médica.

2.ª Un concepto acabado de lo que debe ser el compañerismo nos haría conseguir el pago de los haberes de los titulares por el Estado; dignificaría la clase; la emanciparía de toda arbitrariedad y la colocaría en el lugar que, por derecho, le corresponde ocupar en sociedad.

Terminó la sesión con una proposición del presidente Dr. Peset (J.) referente a la impresión de unas hojas que deberán llenar todos los médicos de la región, y en la cual consignarán su franca y leal adhesión a la «Unión Sanitaria Valenciana» y su compromiso de defenderla siempre y responder hasta con sus bienes del exacto cumplimiento de sus deberes para con ella.

Esta proposición fué aprobada entre grandes aplausos.

Aprovechando la celebración de la Asamblea, la comisión organizadora del homenaje a Ferrán incluyó en el programa de aquélla el acto del descubrimiento de la lápida en honor del gran bacteriólogo español, acto que, conforme estaba anunciado, se celebró a las 12,30 del sábado 16.

La lápida había sido colocada en la casa número 25 de la calle de Pascual y Genís, por ser en este edificio donde, allá por el año 1885, Ferrán hizo la primera vacunación contra el cólera, la primera que registran los anales mundiales de Medicina.

(Continuará)

Nuestro Concurso

MURCIA MÉDICA abre un Concurso entre médicos para premiar un artículo elegido entre los que nos remitan, con arreglo a las siguientes condiciones:

- 1.ª El tema es de libre elección.
- 2.ª Los artículos, que deberán estar escritos en castellano y a máquina, habrán de ocupar de 15 a 20 páginas de esta Revista.
- 3.ª Cada artículo se remitirá con un lema acompañado de la plica correspondiente, como es costumbre en estos casos.
- 4.ª Los artículos podrán venir acompañados de los esquemas, ilustraciones, fotografías, etc., que el tema requiera.
- 5.ª El trabajo premiado como asimismo aquellos que considere el Jurado recomendables quedan de propiedad de esta Revista. Los restantes podrán recogerlos sus autores en el plazo inmediato de tres meses, quemándose entonces los que no sean reclamados.
- 6.ª El premio es uno, consistente en una **Medalla de oro, 100 pesetas, 100 ejemplares** del artículo premiado en edición aparte y publicación del mismo con todas las ilustraciones en MURCIA MÉDICA
- 7.ª El plazo de admisión de los trabajos es hasta las doce de la noche del día 30 de Noviembre de 1918, debiendo dirigirse a esta Administración.

Y última. El Jurado calificador se formará por tres Académicos de número de la Real de Medicina y Cirugía de Murcia, cuyos nombres se darán a conocer oportunamente.

Estadística

Según datos de la Dirección general del Instituto Geográfico y Estadístico, procedentes de los Registros civiles, el movimiento natural de la población de esta capital durante el mes de Agosto fué el siguiente:

Población calculada 133.012

Nacidos. { Vivos 227.—Var. 152.—Hem. 75.—Leg. 221.—Ileg. 2.—Exp. 4.
 Muertos 0.—Var. 0.—Hem. 0.—Leg. 0.—Ileg. 0.—Exp. 0.

Natalidad por 1000 habitantes, 1'71.—Matrimonios, 41.—Nupcialidad por 1000 habitantes, 0'31.—Mortalidad por 1000 habitantes, 1'92.

Defunciones

Varones, 136.—Hembras, 120.—Menores de cinco años, 147.—De cinco y más años, 109.—En hospitales y casas de salud, 9.—En otros establecimientos benéficos, 20.—Fiebre tifoidea (tifo abdominal), 4.—Tifo exantemático, 0.—Fiebre intermitente y caquexia palúdica, 2.—Viruela, 0.—Sarampión, 12.—Escarlatina, 1.—Coqueluche, 2.—Difteria y crup, 1.—Gripe, 7.—Cólera asiático, 0.—Cólera nostras, 0.—Otras enfermedades epidémicas, 7.—Tuberculosis de los pulmones, 17.—Tuberculosis de las meninges, 2.—Otras tuberculosis, 1.—Cáncer y otros tumores malignos, 7.—Meningitis simple, 15.—Hemorragia y reblandecimiento cerebrales, 5.—Enfermedades orgánicas del corazón, 7.—Bronquitis aguda, 8.—Bronquitis crónica, 5.—Neumonía, 4.—Otras enfermedades del aparato respiratorio (excepto la tisis), 8.—Afecciones del estómago (menos cáncer), 4.—Diarrea y enteritis (menores de dos años), 50.—Apendicitis y tiflitis, 0.—Hernias, obstrucciones intestinales, 1.—Cirrosis del hígado, 3.—Nefritis aguda y mal de Bright, 0.—Tumores no cancerosos y otras enfermedades de los órganos genitales de la mujer, 1.—Septicemia puerperal (fiebre, peritonitis, flebitis puerperales), 0.—Otros accidentes puerperales, 1.—Debilidad congénita y vicios de conformación, 4.—Senilidad, 8.—Muertes violentas (excepto el suicidio), 3.—Suicidios, 1.—Otras enfermedades, 62.—Enfermedades desconocidas o mal definidas, 3.—Total de defunciones, 256.



Instituto de Vacunación de Murcia

FUNDADO EN EL AÑO 1883



Tubos y cristales de linfa-vacuna fresca y
garantizada a 1'25 y 1'50 ptas.

Vacunas directas de dicho Instituto, 5 pesetas

Ternerías vacunadas precios convencionales

DIRECTOR:

D.º Martínez Ladrón de Guevara

CALLE DE ZOCO

MURCIA

Análisis clínicos de orinas,
esputos, sangre, jugo
gástrico, heces, pus,
exudados, líquido
céfalo-raquídeo,
etc., etc.



Laboratorio. Guillamón



Reacciones
de Wassermann,
Widal, etc.



Plaza de S. Agustín (Lonja), núm. 2

MURCIA