

# Revista Médica Salmantina

R. 2306

ABRIL DE 1907.

SECCION DOCTRINAL

## *Del peritaje Médico en los Tribunales de justicia* (1)

por el Dr. PINILLA.

De algún tiempo á esta parte he presenciado con frecuencia y he intervenido directamente en actos de justicia en los que se ha pedido mi dictamen facultativo, ya como perito "de las defensas," ya como perito "á petición del ministerio público," y he podido enterarme con detalles de algo que sucede en los Tribunales de justicia en relación con nosotros los médicos, y que merece comentarios.

Esto por un lado, y además el haber leído recientemente el libro del profesor de Derecho penal señor Dorado Montero, que trata sobre "Los Peritos Médicos y la Justicia Criminal," hanme movido á llevar este asunto á la Academia profesional de mi ciudad.

No se necesita ser médico, y antes al contrario conviene apartarse de los círculos profesionales, para ver el descrédito de que gozan nuestros dictámenes entre los togados principalmente y entre el público que acude á estrados después. Entre unos y otros es cosa corriente el predecir, que es lo que van á dictaminar los peritos médicos en sus declaraciones ó en las "vistas públicas."

(1) Tema puesto á discusión por el autor en la Academia Médico-Farmacéutica de Salamanca.

con solo saber de parte de quien son llamados, si por los acusados ó por el Fiscal. No se nos tacha generalmente de rendir nuestras ideas al dinero, no. Afortunadamente se nos hace honor, que es justicia, en este particular. Pero se nos acusa en cambio de que con gran facilidad hacemos blanco de lo negro y de la negro blanco, según quien tenemos en frente. Se nos tacha de poca precisión en nuestros juicios también; de que diluimos en un mar de palabras, cosas bastante concretas, dejando abierto el campo á las opiniones contrarias. Se nos increpa otras veces de pretender con nuestros dictámenes ser más bien jueces que aclaradores de los procesos judiciales.

Claro es que no se trata solamente de atribuir todo esto á la clase médica, ni á los médicos españoles. Quejas semejantes han tomado cuerpo en Francia, en Italia, en Portugal y en otros países, y han trascendido á Congresos científicos y á los Parlamentos.

«Respecto á los *dictámenes* de los peritos, hay que decir que en el día de hoy es muy general y se halla harto arraigada la convicción de que, por medio de ellos (los peritos) *se puede demostrar cualquier tesis*—decía hace algunos años (1) el senador italiano Costa, añadiendo que se hacía indispensable buscar un remedio á esta situación de cosas é impedir que se nombren—lo que por lo visto era frecuente—peritos que lleven la denominación de *peritos de la acusación y peritos de la defensa, y que por un precio determinado sostengan una tesis dada*, con lo que se producen muchísimos escándalos y como consecuencia de ellos disminuye el prestigio de la justicia (2)

Y si de Italia, en donde además del señor Penserini podrían citarse las manifestaciones de Todaso, Lino Ferrani, Berenini y muchos más, pasamos á Francia, encontraríamos las mismas duras críticas sobre lo que son actualmente los dictámenes de los peritos médicos.

(1) Sesión del 15 de Mayo 1895 en la Comisión italiana de estadística judicial, en que se discutía la ponencia del vocal Penserini. acerca del peritaje judicial y otros asuntos. V. las Actas de dicha Comisión.—Roma 1895. I. p. 89.

(2) Dorado Montero. —Obra citada, pág. 72.

Así el Dr. Lescoeur, profesor de Toxicología en Lille, no se recata en atribuir el mayor número de errores judiciales á la incompetencia de los peritos, y Lacasagne y Brouardel han protestado mil veces del estado de atraso en que se halla su país en esta clase de cultura profesional.

«Entre nosotros no pasan las cosas de distinta manera, ni nuestros escritores y prácticos tienen tampoco otra idea de los dictámenes periciales médicos. «En España, como en Italia y como en otras naciones, la ciencia médica suele subir al estrado de los tribunales de lo criminal, dividida en dos ciencias distintas, la de la acusación y la de la defensa. Rara vez se funden en una conclusión común. La esplendorosa y pura luz de la verdad, al pasar por el prisma de los intereses mezquinos, se descompone *en un arco iris vergonzante y digno de condenación*, del cual forman parte á menudo, como colores fundamentales *la avaricia, el impudor, la conciencia encallecida, una palabrería insustancial, el escepticismo científico y el afán de exhibirse y gozar fama de originalidad*. El que una vez tan sólo haya presenciado la escena no puede menos de recordarla con pesar. Los peritos médicos suben al estrado conducidos por el hujier, é instintivamente se colocan del lado del que los designó, el fiscal, la acusación privada, las defensas .. Sostendrán sus conclusiones y responderán á las cuestiones sobre que se les interrogue, con más ó menos elocuencia, pero sin ponerse de acuerdo casi nunca, porque se deben á su misión especial: van allí á representar, *no la ciencia, que es únicamente la máscara y el pretexto, sino un interés concreto del que los llama y los retribuye*. En muchas ocasiones, se busca con empeño la intervención del médico declamador, que eleva la voz y acciona y se escucha, ante el cual queda humillado y oscurecido el que carece de ese don poderoso y mal empleado, así tenga más razón y diga más verdad que todos los gárrulos habladores juntos. ¿Dónde buscar, tras de aquella teatralería que brilla con el fulgor barato del talco, la lentejuela y el oropel, la luz que el magistrado ó el hombre del pueblo demanda de la ciencia, de la verdadera ciencia, la desinteresada, la noble, la hija del cielo?» Así se expresaba muy recientemente uno de nuestros más sinceros y competentes abogados, don Antonio Soto y Hernández, redactor jefe de la *Revista de los Tribunales y de Legislación universal*, de Madrid» (1).

Evidentemente nuestra cultura médica deja mucho que desear para que podamos ir con fruto ante los Tri-

(1) Dorado, pag. 77.

bunales á colaborar en la obra de la justicia. No sabemos psicología por de pronto. Y además no queremos saberla. La prueba está en que existe desde hace tres años una cátedra en el doctorado, de Psicología experimental y por ella no pasan ni el cinco por ciento de los aspirantes á semejante investidura.

No sabemos nada de enfermedades mentales. Durante los años de carrera no se nos explica, y fuera de lo oficial, cuantos jóvenes visitan siquiera los Manicomios? Ni siquiera está traducida al español una obra como la de Morsellí, que inicia en el arte de reconocer á estos enfermos.

Ignoramos la Medicina legal, porque si bien es una disciplina escolar de la licenciatura, no se hacen prácticas de autópsias ni de análisis de venenos, etc.

Y por si faltase algo, no somos considerados ante los tribunales con el prestigio de la toga que también vestimos. Alguna vez me ha ocurrido tener que sentarme al lado del acusado si quería descansar en una vista pública, y todos sabemos, que las horas que nos pasamos en la Audiencia, se nos pagan, cuando se cobran, con seis pesetas y céntimos. Si aquello es causa de esto ó esto de aquello no lo sé decir, pero es un hecho y poco agradable.

No he de incurrir en el lugar común de llamarnos honrados y honorables. Lo somos. Está muy bien. Pero hace falta que lo sean nuestros dictámenes y que lo parezcan, y yo dificulto que nuestro peritaje sea todo lo eficaz que se necesita, cuando al fundamental obstáculo de nuestra deficiente cultura se añade la improvisación á que casi siempre nos vemos obligados, si es que no nos llama el día antes—y esto puede ser peor—el abogado ó el Fiscal para darnos á conocer los autos y de paso enterarnos de nuestros argumentos ó suggestionarlos, que de todo puede haber.

Es cierto que este espectáculo no se debe únicamente á los médicos, sino á jueces y magistrados. Por grande que sea nuestra ignorancia en Psicología y Medicina legal, es mayor la suya en aquellas disciplinas,

sin las cuales no se puede ni siquiera entender lo que decimos ó escribimos. No solo ignoran—salvando honrosas excepciones—la rudimentaria anatomía y fisiología humanas, sino que no se dan cuenta del movimiento filosófico contemporáneo que ha renovado los conceptos de responsabilidad y si nosotros les decimos de qué manera puede obrar sobre las más hondas manifestaciones del espíritu, las más nimias alteraciones somáticas, creen que somos sectarios. Si les señalamos un estigma anatómico de degeneración—el lóbulo de la oreja partido, los dientes de sierra y el velo palatino ojival, pongamos por ejemplos—sospechan también que preparamos al auditorio para la irresponsabilidad.

Además, hay ocasiones en que quieren descansar su conciencia sobre el dictamen pericial, y entonces buscan por todos los medios una respuesta condensada y sin dubitaciones, que nosotros no podemos dar. Cuando no la toman por burlarse de nosotros diciendo que repetimos lo del “pudo estar rabioso y pudo no lo estar,, que la Medicina ni los médicos no sabemos una palabra, etc. etc.

En materia de Frenopatología no nos podemos echar nada en cara unos y otros. Hablar á muchos magistrados y muchos médicos de paranoias, ebefremias, locura circular, equivalentes epilépticos... es hablarles de *modernismos*, pues así los califican. Ambos á dos togados carecemos de aquél caudal de conocimientos que deben sernos comunes.

Entrando más en el fondo de esta etiología del des- crédito pericial, quiero apuntar otras causas.

El criterio que predomina en materia de litigios civiles, se ha querido aplicar á los juicios y procesos criminales. Un litigio, se dice es una discordia entre partes, y por lo tanto debe haber abogados y peritos de un lado y de otro, y en el centro como fiel de la balanza la justicia; que es el “perito de los peritos,,. En materia criminal—continúan diciendo los mantenedores de estos conceptos de derecho constituyente—hay una cosa igual: de un lado una trasgresión de la ley, un acusado,

ó un reo; y de otra la sociedad que se defiende de quien la perturba ó altera sus fundamentos de existencia: la familia, la propiedad, el orden, la libertad. De aquí que haya y deba haber peritos de acusación y de defensa en lo criminal como en lo civil.

Contra la ética de este derecho, solemos pronunciarlos los médicos con mayor ó menor claridad.

Nuestra clase de cultura, nuestra tendencia educativa de biólogos antes que juristas, se distancia de ese criterio.

Entre nosotros suele predominar un cierto matíz de determinismo fatalista, y aquél decir popular de "el muerto al hoyo y el vivo al bollo," se traduce con frecuencia por una lenidad en el modo de apreciar el delito que lleva á indulgencias, á veces censurables.

La doctrina lombrosiana del criminal nato, cayó siempre entre nosotros con muy bien pié, y quizás lo que digo anteriormente explique parte del origen de esa aceptación, ya que es forzoso decir que son pocos los médicos que conocen la obra fundamental de César Lombroso, y todas las bases de su doctrina.

Modificada después la dureza de los cánones lombrosianos, y conocida la inmensa importancia que en la producción del delito tiene no ya el individuo por sí mismo, sino por su estado somático, y por las circunstancias de medio en que el delito se produce, también fueron los médicos los primeros en aceptar semejante criterio, y en una palabra todo el movimiento en la ciencia penal contemporánea, conocido ó entrevisto, ha sido para nosotros una luz cuyos rayos hemos entendido que daban mucha luz á nuestras simpatías por convertir el derecho en una ciencia biológica.

Y sucede que nosotros aborrecemos del derecho constituído, y nuestros actos más bien parecen adaptarse á los nuevos postulados de la escuela correccionilista.

No nos cabe en la cabeza que un proceso criminal pueda ser una lucha entre partes. La sociedad no es una parte frente al individuo; la sociedad produce el in-

divíduo, lo condiciona, le dirige y le empuja, no puede ser una cosa frente al hombre, como el rayo de sol reflejado en un espejo que devuelve al astro su propia luz, no es un sol nuevo.

Jamás se nos podrá hacer entender la necesidad de tener dualidad de peritos. No habrá un médico—estoy seguro—que afirme su necesidad. Será útil que seamos más de uno, como necesitamos la cooperación de otro compañero al lado de un enfermo grave, pero no entendemos que pueda nombrar la enfermedad al abogado del diablo (1).

Si nos dejaran á los médicos solos; los que hoy vamos á figurar como del Fiscal y como de la Defensa, en la mayoría de los casos saldría un dictámen único. Es fácil que fuese contrario al Fiscal y al Abogado.

Y es fácil además que convirtiéramos la Medicina no en sierva de la Justicia—*medicina ancilla justitiæ*—sino en númen de sus resoluciones acertadas, echando abajo esa mentira convencional que se formula, diciendo que el juez es “perito de los peritos.”

El juez no puede ser perito de los peritos, ni lo es en el campo de la realidad, porque carece de los conocimientos de estos, ni lo puede ser en el campo de la doctrina, porque el juez, después del dictámen pericial queda en igual situación que el Presidente del Tribunal de derecho después del veredicto de un Jurado: solo le resta aplicar los artículos correspondientes de la ley vigente.

Ahora bien: en el estado presente de las cosas; indubitable el descrédito pericial médico, confirmada la inaptitud por no decir ineptitud de muchos jueces y magistrados en lo concerniente á los problemas de la Frenopatología y similares, ¿hay remedios con que po-

(1) La Ley Cruppi en Francia, tiende á que el dictámen pericial sea único, aunque los dictaminadores sean varios.

Esto mismo han propuesto Setti y Ferri en Italia, y la *Revista de los Tribunales* en España.

ner término á la situación creada, hay fórmulas que garanticen la mayor equidad de la justicia?

Las hay; se han puesto en planta en otros países, urgen en España, y cualquiera de ellos que se acepte será mejor que dejar que perdure la actual situación.

Son estos remedios, los que yo conozco al menos, los siguientes:

1.º *Lista de Peritos previa.* Aceptada y vigente en Francia no tiene en mí concepto gran trascendencia para obviar los inconvenientes que venimos señalando. Las Audiencias y los tribunales de partido formarían al principio de cada año judicial una lista de los peritos médicos á que poder acudir lo mismo el Fiscal que los acusados, pero, ¡claro está! que donde no existan médicos *especializados*, tendría que acudirse á los que hubiera. No es imitable, pues, la legislación francesa en este respecto.

2.º *Juicio único con discusión entre peritos.* Por este sistema se extirpa toda exhibición de personalidades, dejando á los médicos del Fiscal y la defensa que discutan entre sí, y expresen sin improvisación sus opiniones, en el sumario. Esta solución fué defendida en Italia por Manduca y entre nosotros por Salillas.

3.º *Colegio de Peritos.* Ya en 1866 lo pedía el profesor de Medicina legal de Madrid, don Teodoro Yañez. Es el *Tribunal de superárbitros* de Rusia y Alemania, pero á quien se acude desde el primer momento, no para dirimir cuestiones entre otros peritos. En Portugal existen, pero formando por decirlo así una especie de Convención científica, ó Academia dictatorial y de pocos miembros, que son siempre distinguidos antropólogos y criminalistas (ley de 17 de Agosto de 1899) los cuales revisan á petición del Tribunal los procesos que se le envían, con los dictámenes de los peritos de distrito.

4.º *Jurados de Peritos.* Es una variante del sistema anterior, pero con la dificultad de las dificultades económicas de su implantación. Aquí se sustituye los



jurados ordinarios—jueces de hecho—por los técnicos, manteniéndose fuera de las discusiones públicas.

5.º *Peritos desde el sumario*. Esta idea de Setti, está hecha realidad según parece en Rumanía con una pequeña variante, que el perito es único y obra como asesor, estando en contacto siempre con el Fiscal ó el Juez (1).

Este régimen se parece al de nuestros médicos forenses, pero más ampliado y mejorado. Existe además en Rumanía al lado de estos médicos legistas, otro experto en las cuestiones de alienación mental.

Los demás procedimientos ideados para perfeccionar la obra pericial, son matices de estos mismos que no fundamentan caminos nuevos.

En el fondo, todos ellos no se dirigen más que á garantizar la ciencia y conciencia del perito. Y no hay que negar que actualmente se desconfía de ambas.

En mi opinión, y aplicando á España todos estos elementos de juicio, lo más urgente es dignificar la función pericial. Los peritos deben tener asiento al lado y al nivel del Tribunal, ser mejor remunerados sus servicios y ser escogidos entre los doctores que se hayan especializado por cualquier modo en tales materias.

Debe modificarse la enseñanza de la Medicina legal haciéndola práctica. Igualmente debe ser obligatoria en el doctorado la asignatura de Psicología experimental.

Y en la cultura de los jueces y magistrados deben imperar reformas análogas, incluyendo en el programa de oposiciones á esta carrera las cuestiones más interesantes de las disciplinas académicas ya referidas.

Pero no todo ha de hacerlo el Estado. Nosotros, los universitarios, debemos hacer algo por nuestra parte, y yo os propongo que imitemos á la Universidad de Tou-

---

(1) Congreso de antropología criminal de Bruselas. (Actas pag. 461. Informe de Lahovary).

louse y como allí fundemos una extensión universitaria dedicada á los estudiantes de Derecho y Medicina, que quieran especializarse en estos conocimientos.

Unos cursos breves de derecho penal abstracto aplicado, de psicología positiva y de anatomía y Fisiología del sistema nervioso, con prácticas de autópsias análisis de tóxicos, sería lo suficiente por hoy. Después podríamos pedir al Estado que estos escolares tuviesen el merecido galardón, siendo preferidos para cargos de la judicatura y forensía.

El problema que os expuse existe, y hay que buscar una solución.

---

## **Congreso de la sociedad alemana de Cirugía**

(3 A 6 DE ABRIL DE 1907, BERLIN)

### **Cirugía del corazón y pericardio**

por el Dr. González Peláez.

Rehn, de acuerdo con su práctica, establece que las lesiones del pericardio aumentan la gravedad de las heridas del corazón en razón á que el hemopericardio que acompaña á aquellas, determina una compresión excesiva sobre el corazón y la anemia subsiguiente de las arterias, coronarias y además porque esta expansión, limitada luego en su avance por el esternón y la columna vertebral, no puede hacerse sino en perjuicio del campo pulmonar.

Las heridas extrapleurales son las menos frecuentes, debiendo notarse que es mayor la gravedad, cuando la pleura es alcanzada por el agente traumático.

El diagnóstico de las heridas cardiacas ordinariamente ofrece dificultades, si bien es preciso ponerse á cubierto de error por tomar una herida del hilo del pulmón por un hemo-pericardio.

Se obrará prudentemente en la extracción de los cuerpos extraños, porque su estancia en el foco traumático, constituye un buen agente hemostático.

No se excederán las dimensiones del ventanillo costal por

la intervención particularmente, cuando se conoce de modo exacto el sitio lesionado, respetándose en lo posible la sección de la pleura.

No puede ajustarse á una técnica, preconcebida esta intervención, excepto en el caso de contar con una cámara pneumática de Sauerbruch. Prefiere para suturar, la seda por lo quebradizo del catgut y es partidario del punto entrecortado por ofrecerle mayor seguridad.

Aporta una estadística de 124 casos con 49 curaciones (ó sea el 40 por 100) y 75 muertes; las heridas punzantes brindan un 39 por 100 de curaciones y las de arma de fuego un 40.

Sauerbruch, en vista de la frecuencia del pneumotorax en las heridas del corazón, ha estudiado experimentalmente su influencia en la evolución de estos traumatismos. La presión negativa de que se ha servido al autor varía de 0 á 10 milímetros. Al principio del hemotorax parece disminuir la hemorragia de la herida del corazón, mas á medida que el hemotorax se desarrolla el corazón desfallece, para reintegrarse á su vigor desde que aquel se amengua. El punto de presión más favorable es el de 3 milímetros, toda vez que con ella sangra menos la herida y el impulso cardiaco no es dificultado.

Parece ser que el pneumotorax favorece las infecciones ulteriores, quedando patente su importancia con la siguiente consideración sacada de la práctica: cuando se respeta el pneumotorax después de la intervención el operado muere, pero si se extingue aquel, el herido llega á completa curación sin ningún obstáculo.

Por último, afirma que si la compresión aislada de una vena cava no tiene acción hemostática, en cambio si se ejerce simultáneamente es eficaz.

Thiemann presenta un enfermo curado de herida punzante del ventrículo derecho, empleando la sutura entrecortada con catgut.

Goebell deduce de los exámenes microscópicos procedentes de suturas cardiacas, que son muy durables las cicatrices, aconsejando hacer profundas las suturas.

Keller perdió un herido, á las 24 horas de operado, por fallar la sutura practicada con catgut.

Kümmel propone el masaje directo del corazón contra el síncope clorofórmico, practicado media hora después de la asistolia, al parecer sin resultado favorable.

### **Cirugía del pulmón**

El absceso y la gangrena pulmonares bajo el punto de vista quirúrgico son tratados en este Congreso principalmente por Friedrich, según el cual ambos afectos tienen las mismas indicaciones operatorias, de las cuales se hacen más fácilmente justificables

los casos agudos que ofrecen un pronóstico más halagüeño particularmente con diagnósticos prematuros basados en el examen radiográfico, si bien escapa ordinariamente á estos, la demostración de las adherencias pleurales.

Por regla general, los cirujanos se inclinan á la intervención teniendo la confianza de que disminuye la hemorragia atrayendo hacia fuera el pulmón. Debe notarse que si la hemorragia es superficial cede más prontamente con la ligadura que por medio de termocauterio; si es profunda, se empleará la ligadura y el taponamiento puro y simple. Actualmente, la cirugía pulmonar da una mortalidad de 30 por 100.

La bronquiectasia es una de las principales indicaciones de la pneumectomía, pero ofrece medianos éxitos curativos y operatorios.

Los tumores primitivos del pulmón tienen la desventaja de no poder ser reconocidos en sus comienzos. Los tumores de la pared torácica atacan frecuentemente el pulmón. De 78 casos operados en estas últimas condiciones, se anotan 27 muertos.

En presencia de las heridas del pulmón, no debe intervenir, á no ser en casos de hemorragia abundante y continuada acompañada de pneumotorax.

En el enfisema subcutáneo no está indicada la operación, sopena de excesiva extensión de aquel.

Friedrich llega á los siguientes resultados operando en la cámara pneumática de Sauerbruch: es necesaria una presión de  $-3$  á  $-5$  milímetros si se desea obtener un espacio libre entre la pared torácica y el pulmón sobre que se va á operar: una presión de  $-7$  verifica la inspiración normal, y por consiguiente, se considera como la presión fisiológica: más allá de  $-9$  el pulmón hace hernia y comprime la arteria pulmonar.

Los reflejos se acusan más escitados en los bronquios centrales que en los periféricos. La pleura costal es también más sensible que la porción diafragmática, y esta es más que la visceral. La ligadura en masa de los vasos del hilio debe ser rechazada, prefiriéndose la aislada de cada vaso.

Seidel dice que los efectos de la hiperpresión sobre el pulmón son asimilables á los que produce el pneumotorax á pecho cerrado. Operando en conejos ha comprobado la disminución de la respiración y más raramente que se acelere, á lo menos, en animales anestesiados, no modificándose el ritmo respiratorio. La frecuencia del pulso apenas tiene variaciones. La presión sanguínea oscila al principio, pero se reintegra á la normal á las cinco ó seis inspiraciones. Prefiere practicar la hiperpresión sin traqueotomía y establece la hiperpresión inmediatamente después de la instauración del pneumotorax.

Brauer enumera las ventajas de su método de hiperpresión, que no produce perjuicios más que en el caso de adherencias del pulmón.

Küttner ha puesto en práctica el método de Brauer en tres enfermos, obteniendo excelentes resultados. Se trataba en dos casos de empiema tuberculoso (consiguiendo una curación) y en uno de cancer del exófago. Una de estas operaciones pudo ser prolongada durante dos horas sin ver modificarse en este tiempo la respiración.

Sauerbruch, apóstol de la hipopresión en estas intervenciones, critica duramente los ensayos de Seidel, el cuál ha medido la presión del corazón izquierdo, cuando en realidad la hiperpresión por la compresión que ejerce sobre los vasos pulmonares, influencia claramente el corazón derecho.

Wendel encuentra más trasportable el aparato de Brauer que el de Sauerbruch. En un caso de retracción carcinomatosa del cárdias, pudo practicar la toracotomía exploratoria sin hiperpresión, el enfermo curó en pocos días, si bien falleció á los seis meses; demostrando la autopsia, integridad de ambos pulmones. En otro caso se empleó durante una intervención transtorácica por estenosis del cárdias. Y verificada la sección de los vasos, no provocó ninguna perturbación inmediata, muriendo al décimo día, de hemorragia secundaria.

Lenhartz rechaza ambos procederes, el de Sauerbruch y el de Brauer, prefiriendo el método ordinario; dice que no solamente se debe considerar el pneumotorax operatorio, sino también el tardío, producido en ocasiones hasta por una cura ordinaria, para cuyo caso no puede siempre disponerse de una cámara neumática. En seis casos, ha visto la cauterización de la pleura visceral por el termo, acarrear la paralización brusca del corazón y de la respiración, si bien en la mayoría de los casos, se puede volver el enfermo á la vida.

Korte asegura que la hiperpresión en casos de abceso, tiene el inconveniente de poder introducir el contenido en el pulmón sano, como en sus intervenciones, ocurrió tres veces y sucedió la muerte súbita, sin que pudiera achacarse á la narcosis. Es partidario de la anestesia local de cocaina combinada con escopolamina; su estadística abarca 29 casos de gangrena ó abcesos, con ó sin empiema y acusan 21 curaciones, 8 muertos, las operaciones por bronquiectasia dan peores resultados. 12 operados, 10 muertes.

Garre dice suelen operarse tarde las bronquiectasias y que deben ligarse en masa los vasos pulmonares.

Según Lenhartz, el signo patognomónico del cáncer del pulmón, es la presencia de corpúsculos grasos en el esputo, aunque son excelentes auxiliares, las demostraciones aportadas por el exámen clínico y radiográfico.

NOTAS CLINICAS***El piramidón***

Ha recorrido la prensa profesional una breve nota clínica, en la cual se da cuenta de las aplicaciones útiles que ha tenido el piramidón en manos de un práctico alemán que lo aplicó en el tratamiento de un centenar de tifódicos.

Según el citado práctico, este piramidón, derivado como se sabe de la antipirina, (dimetil-amido-antipirina) se opondría á las elevaciones de temperatura y sin aumentar las pérdidas de urea, ó lo que es igual disminuyendo los cambios catabólicos tampoco enervaría al corazón.

Accediendo á esta recomendación y á la que en igual sentido me hizo un distinguido clínico español, yo he ensayado á mi vez el piramidón, y he recojido observaciones de otros compañeros.

He aquí el resumen de mis observaciones:

1.º El piramidón á la dosis de 30 centigramos cada seis horas en un individuo sano, no perturba las funciones digestivas. Disminuye la cantidad de urea eliminada por la orina en las 24 horas.

2.º En los casos de cefalalgia, por debilidad ó anemia, no alivia el dolor.

3.º En los casos de cefalalgia por hiperpirexia, calma el dolor según baja la temperatura.

4.º Cuando el enfermo tífico ó paratífico toma los 30 centigramos de piramidón teniendo 37°,5, la temperatura tarda en ponerse en 37° casi el mismo tiempo que tarda en reducir la temperatura de 40° á 37°,5—unas dos horas.

5.º La reducción de temperatura se hace merced al sudor, lo mismo que con la antipirina. Si el sudor se retarda, moviéndose el enfermo en el lecho, la temperatura baja menos ó pausadamente.

6.º El piramidón no es un medicamento de fondo, sino de forma, de síntoma. Su única indicación es reducir temperaturas extremas, si estas no se corrigen con los baños ó con las lociones frías.

7.º El piramidón dado en cuanto el termómetro suba de 37'5

oculta la marcha de la enfermedad, de tal modo, que si se presenta un brote de pneumonia por localización ebertiana pasa oculta, ante el ahogo de su exteriorización febril.

---

## *La Terapéutica de la tos ferina*

---

En números anteriores de esta Revista hemos dado cuenta del modo de tratar la tos ferina por el suero de Leaurieux y mediante la medicación opoterápica de Zanoni y su específico llamado «Sic».

Ahora vamos á indicar otros procedimientos de los que se ha ocupado recientemente en la Sociedad de Terapéutica de París, el señor Bardet.

La medicación quinica es de lo que ahora se trata.

Conocida en Alemania desde largo tiempo, no lo ha sido tanto en Francia y España. Binz en 1868 publicó notables estudios sobre éste método. Después se han publicado observaciones de Isgar, Von Noorden y Salomón, y hoy es clásico en Alemania el tratar los ferinosos con quínica.

Binz aconsejaba el tratamiento intensivo, á razón de doble número de decigramos que de años tuviese el enfermo, y si fuese menor de un año, doble número de centigramos que de meses. dicho de otro modo, un niño de cinco años tomará en muchas dosis un gramo por día y un niño de seis meses 0,12 gramos.

Bardet considera estas dosis como máximas y más bien aconseja no exceder la cantidad de 1,50 gramos, continuando con paciencia así, hasta la terminación del padecimiento, pues sus efectos no son tan rápidos como en el paludismo y no comienza á manifestarse apenas sino á los ocho ó diez días.

La euquinina ó etil carbonato de quinina es la sal que ha utilizado Bardet. Su falta de amargor se debe á su insolubilidad pero la molécula etil-carbónica es atacada ligeramente, de modo que si la saliva es ácida, una pequeña dosis puede ser disuelta y aparece el amargo, por lo cuál conviene antes de tomarla, enjuagarse la boca con agua alcalina.

Bardet ha utilizado también en los casos de espasmo fuerte

el formia de etilo, ó *etona* (25 gotas en agua) en el momento del acceso).

El Dr. Amat, en la misma Sociedad de Terapéutica se ocupó de los efectos de la vacunación en la coqueluche que considera buenos.

No siempre sucede así—podríamos añadir no solos—aunque la inocuidad del recurso lo haga muy recomendable.

Dr. P.

---

## *Revista de revistas*

---

### *Estridor laríngeo congénito (British Med).*

El Dr. Paterson ha visto cinco casos, en niños entre ocho meses y dos años, atacados de esta afección. Con el cloroformo y el tubo espátula de Killian pudo examinar la larínge, y verse que la epiglotis estaba arrollada y muy juntos los repliegues ariteno-epiglóticos obstruyendo la entrada de la epiglotis, sobre todo durante la inspiración. Con la expiración el ruido estridoroso cesa porque el paso del aire es libre en tal momento.

En el estridor laríngeo congénito no hay más deformación que una exageración de la curvatura natural de la epiglotis que fácilmente puede ser vencida mediante una sonda. No existe respiración anormal aparentemente. Bajo la anestesia se ve que la respiración es normal, aunque el estridor sea marcado. El ruido se produce por la vibración de las partes blandas situadas en la pared posterior. Las cuerdas vocales no toman en ello parte, ni hay hipertrofia del timo.

### *Osteomielitis traumática bipolar del humero de evolución atípica (Journal de Med. de Bordeaux).*

El Dr. Rocher da cuenta de un caso caracterizado por la infección de los dos bulbos del mismo hueso

Se trataba de un niño de diez años que aquejó dolores fuertes en la pantorrilla izquierda el 18 de Julio de 1905, con fiebre, insomnio y anorexia. El 19, impotencia, edema inflamatorio, y el 20, edema al nivel del maleolo externo. El 24 incisión de un ac-



ceso á este nivel; el 25 incisión en la parte superior, trepanación. Los dos focos comunican: curación.

El otro caso es una niña de nueve años que entró en el hospital el 13 de Octubre de 1902 con una tumefacción inflamatoria del hombro derecho. Hace cuatro días tuvo una caída con tracción sobre el brazo derecho; por la noche dolor y fiebre; el día siguiente delirio y agitación. Se advierte una colección bajo el deltoides y se hace la trepanación del húmero; médula purulenta; edema de todo el brazo; formación de secuestros; curación lenta.

En Junio de 1903 á consecuencia de una caída sobre el codo, osteomielitis de la extremidad inferior del húmero derecho sin supuración. En Enero de 1904 nuevo brote de osteomielitis sub-aguda en el mismo punto. El 2 de Diciembre de 1905 brote más agudo; el 17 incisión, trepanación, curación; pus con estafilococos.

En este caso hubo osteomielitis aguda en el polo superior, osteomielitis prolongada en el polo inferior del humero.

—

*Un caso de tétanos del recién nacido, curado por el método de Baccelli (Riv. di clin. ped.)*

El Dr. Lavinio Miserocchi refiere esta historia:

Niño de seis días, nacido á término, de padres sanos. Ligadura del cordón por una comadrona de limpieza dudosa; otros dos niños asistidos por ella habían muerto de tétanos.

El niño mostróse agitado hacia el cuarto día, y hoy no pudo abrir la boca ni mamar. Se le daba leche con la cuchara.

El sexto día, la columna vertebral se advertía algo encorvada y trismo; los maséteros muy contraídos, facies sardónica, rigidez en la nuca, miembros y espalda; un poco de pus en el ombligo. Temperatura 38°9; pulso 170, respiraciones 46. Presencia del bacilo de Nicolaier.

Frecuentes accesos, necesidad de introducir la leche por la nariz con una sonda de Nelaton.

Se practican diariamente cuatro ó cinco inyecciones en los glúteos de:

Acido fénico cristalizado. . . . . 0,03 centg.

Aceite de almendras dulces esterilizado. . . 1 c c.

Aislamiento del enfermo en una pieza oscura, lejos de todo ruido. Cura del ombligo con compresas empapadas en sublimado al uno por mil. Del 9 de Marzo al 11 de Abril se le inyectaron 5

gramos, 85 de ácido fénico (195 inyecciones en 34 días) curación. El Dr. Fédele ha publicado después un éxito parecido.

*Innocuidad del polvo procedente de la desecación de los esputos tuberculosos.—Sur l'innocuité des poussières provenant de la dessiccation des crachats tuberculeux.*—M. Cadéac. Journal de Méd. Vét. et de Zooth.—Febrero 1907.

Hasta la fecha no existe un solo hecho experimental que pruebe el contagio de la tuberculosis por la inhalación de polvo procedente de locales infectados mediante los esputos tuberculosos

En efecto, jamás se ha transmitido la tuberculosis haciendo aspirar á animales sanos el polvo recogido de las salas de hospitales, en los mismos sanatorios, lugares públicos, etc.

Esta demostración capital, indispensable cuando se quiere afirmar la nocividad del polvo, no habiéndose verificado ¿no hace pués, suponer que dicho polvo es inofensivo para las vías respiratorias? En todo caso es pura hipótesis considerarlo como muy temible.

Dicha hipótesis no descansa en ningún fundamento serio, dada la dificultad y casi la imposibilidad de provocar el desarrollo de la tuberculosis con polvo puro procedente de la desecación, en la obscuridad, de esputos tuberculosos.

Si el polvo procedente de esputos tuberculosos, preparado *ad hoc* para asegurar la contaminación de los sujetos á los cuales se les hace aspirar, es por lo común impotente para producir la tuberculosis ¿qué habrá que pensar de ese mismo polvo colocado en el suelo, en el piso, en los muebles y sujeto por la mucina que le impide flotaren la atmósfera ó que no permite su transporte sino después de una desecación prolongada, que les expone forzosamente á sufrir la influencia de la luz directa ó de la difusa?

Dicho polvo, tarde ó temprano, bañado de oxígeno y de luz, desde el momento que flota en la atmósfera se disemina, se aísla, se diluye por su misma división y se despoja de su virulencia, á la acción combinada de la desecación y de la luz.

Es cierto que el único polvo virulento se recoge en el suelo, en las mantas de las camas, en los muebles; es decir, aquél que procede de los esputos ó de las mucosidades que han manchado aquellos lugares.

Efectivamente, el que se encuentra en los muebles es, por lo general, el residuo de las mucosidades que las enfermedades han depositado en esos diversos objetos con sus manos, sus pañuelos, tosiendo ó estornudando. Este que sería más peligroso ni

siquiera forma parte del que flota en el aire, que es el único aspirable.

Pero hoy no basta con demostrar que la tuberculosis no se comunica por medio de dicho polvo. La opinión se halla de tal modo inclinada á la idea de nocividad de aquél, que es preciso llevar más lejos la demostración, estableciendo, que no solamente ese polvo no comunica la enfermedad, sino que ni siquiera la puede transmitir.

Este polvo puede ser aspirado ó ingerido, pero hay que establecer su inocuidad por las vías digestivas y respiratorias. Su inoculación proporciona datos inseguros acerca de los peligros que hace correr á la humanidad.

Inofensivos en la inmensa mayoría de los casos, el polvo ó los esputos desecados en la superficie de los muebles, recogidos en los sanatorios, han podido comunicar rara vez la tuberculosis por inoculación. Pero estos resultados, excepcionalmente positivos, no prueban, de modo alguno, los peligros reales de dicho polvo. Hay que dirigirse á las vías respiratorias, ó á las digestivas, para averiguar por cuál de ellas se verifica la infección.

Las vías respiratorias se hallan al abrigo de los bacilos del polvo por las siguientes razones:

1.<sup>a</sup> El polvo puro desecado en la obscuridad no llega, sino raramente y á dosis masivas, á transmitir la tuberculosis por inhalación.

2.<sup>a</sup> El polvo procedente de esputos secos por la luz es inofensivo.

3.<sup>a</sup> Los esputos desecados adheridos á las superficies, forman, merced á la mucina, una especie de barniz que les impide flotar en la atmósfera.

4.<sup>a</sup> El polvo de estos esputos está fatalmente separado, dividido tarde ó temprano por el pisoteamiento y mezclado á polvo distinto, de suerte que su virulencia, cuando no se ha destruído durante esta transformación en polvo, queda reducida á cero por la desecación y la dispersión misma de los bacilos virulentos. Si, en efecto, el polvo puro, no puede transmitir la tuberculosis por inhalación, *á fortiori* el polvo expuesto á todas las vicisitudes atmosféricas, diluído, aislado, se convierte rápidamente en inofensivo.

Merced á este conjunto de razones no ha sido posible aportar un solo hecho que establezca la transmisión de la tuberculosis por inhalación ó aspiración de dicho polvo.

Teórica y prácticamente, es, pues, inofensivo, por las vías respiratorias.

De día en día los partidarios de la tuberculosis por inhalación se ven obligados á convenir que esta opinión se halla muy que-

brantada y que pierde, á cada instante, terreno. Los que persisten en sostenerla no pudiendo invocar hechos, se contentan con emitir afirmaciones vagas é inseguras.

Aunque es una creencia, ésta se sostiene siempre. Todo lo más se concede que ese polvo no es muy peligroso para las vías respiratorias, sino que lo es mucho más para las *digestivas*.

Su principal peligro consiste, dicen, no precisamente en que sea aspirado, sino ingerido. Se trata de comprobar si ese peligro es real ó imaginario. Es necesario, pues, hacer ingerir el polvo procedente de esputos tuberculosos.

Hemos verificado estos experimentos aproximándonos todo lo posible á las condiciones más propias para evidenciar este modo de contaminación, sin peligro de falsear los resultados por una desecación insuficiente ó por la ingestión de una dosis excesiva que ni el hombre ni los animales pueden encontrar jamás. Si se quiere juzgar el peligro real del polvo, es necesario primero, hacer ingerir á los animales polvo perfectamente movilizable, y segundo, administrarlo á dosis que no sobrepasen la cantidad de polvo movilizable, susceptible de depositarse en los alimentos y en las bebidas.

Aun suponiendo una atmósfera obscurecida por el polvo de esputos tuberculosos desecados, la cantidad de aquél susceptible de depositarse en los alimentos y en las bebidas, no puede, exagerando mucho, sino alcanzar algunos centigramos. Teniendo, pues, en cuenta el peso de las materias infecciosas susceptibles de depositarse, así se calculará las dosis de polvo que son necesarias hacer ingerir á los animales de experimento.

De esta manera hemos estudiado la influencia del polvo de esputos desecados en la obscuridad y en la luz difusa.

#### **A.—Polvo procedente de esputos desecados en la obscuridad.**

*Experimento I.*—El 13 de Febrero se administran 25 miligramos de polvo de esputos desecados en la obscuridad, en un granero y sotabanco, á cada uno de los seis cobayos sometidos á este experimento

Estos animales son conservados hasta el 20 de Junio y autopsiados en esta época; se les encuentra absolutamente sanos.

*Experimento II.*—El 6 de Febrero, seis cobayos ingieren cada uno 50 miligramos de polvo de esputos desecados en la estufa y en seguida pulverizados.

Sacrificados el 20 de Junio, están enteramente sanos.

*Experimento III.*—Se hace ingerir con los alimentos á seis cobayos 75 miligramos de polvo tuberculoso procedente de esputos desecados en la estufa.

El 25 de Febrero un cobaya muere accidentalmente sin pre-

sentar ninguna lesión tuberculosa. Los cinco que quedan son sacrificados el 20 de Junio y el resultado es negativo.

*Experimento IV.*—El 25 de Enero se hace ingerir 1 centígramo de polvo procedente de esputos desecados en la estufa, á seis cobayas (1 centígramo por cada uno).

El 7 de Abril, sacrificados dichos animales, se aprecia que están sanos.

*Experimento V.*—El mismo 25 de Enero, otros seis cobayas ingieren cada uno 2 centígramos de polvo procedente de esputos desecados en la estufa. Estos animales son conservados hasta el 7 de Abril y no presentan á la autopsia, practicada en dicha época, ninguna lesión tuberculosa.

*Experimento VI.*—El 21 de Marzo se hace ingerir á seis cobayas, 2 centígramos de polvo de esputos desecados en el sota-banco; esta dosis, administrada á cada cobaya, no produce ninguna lesión tuberculosa; el 20 de Junio son reconocidos sanos todos los animales.

**B.—Polvo procedente de esputos desecados á la luz en el interior de nuestro Laboratorio ó de nuestro Museo.**

Los experimentos relativos á la ingestión de 25, 50 y 75 miligramos, comprendiendo seis cobayas cada serie, han dado un resultado absolutamente negativo.

*Experimento I.*—6 Marzo. Ingestión de 25 miligramos á seis cobayas cuya dosis no produce ninguna lesión.

*Experimento II.*—20 Marzo. Ingestión de 50 miligramos á seis cobayas y resultado negativo.

*Experimento III.*—12 Marzo. El experimento anterior se repite; 50 miligramos á seis cobayas, los cuales reciben cada uno dicha dosis.

Autopsia el 25 de Mayo; resultado negativo.

*Experimento IV.*—22 Marzo. Ingestión de 75 miligramos á seis cobayas (desecado en el museo.)

Resultado negativo.

*Experimento V.*—6 Marzo. Ingestión de 1 centígramo de dicho polvo, del museo, á seis cobayas. Autopsia el 20, resultado negativo.

*Experimento VI.*—Polvo procedente de esputos desecados á la luz en la estufa. Seis cobayas ingieren cada una 1 centígramo. Resultado negativo.

*Experimento VII.*—Ingestión de 2 centígramos de polvo de esputos desecados al aire y á la luz, á seis cobayas. Resultados negativos.

*Experimento VIII.*—20 Diciembre. Ingestión de 5 centígramos

mos de polvo tuberculoso procedente de esputos desecados al aire libre y mantenidos después de un mes en la obscuridad.

Los seis cobayas que han ingerido este polvo no contraen lesiones tuberculosas.

*Experimento IX.* —Ingestión de 10 centigramos de polvo desecado al aire libre y á la luz el 12 de Mayo de 1905. conservando después en la obscuridad y al abrigo del aire hasta Octubre.

Se hace ingerir esta dosis á seis cobayas, siendo el resultado negativo.

Uno solo de estos animales presenta el 22 de Febrero algunas granulaciones apenas apreciables en el pulmón, pues son muy pequeñas; también el hígado presenta algunas.

Todos los demás órganos se encuentran sanos.

\*  
\* \*

En resumen: es legítimo considerar al polvo procedente de la desecación de esputos tuberculosos, tan inofensivo para las *vías digestivas* como para *las respiratorias*. En efecto es casi imposible desarrollar esta enfermedad haciendo aspirar el polvo puro, procedente de la desecación, en la obscuridad, de esputos tuberculosos. La ingestión de dicho polvo á dosis de 25, 50 y 75 miligramos ó de 1 á 2 centigramos, no lleva peligro alguno á los cobayas. Muy cerca de ciento de estos últimos han resistido á la absorción de cantidades superiores á las que son susceptibles de contaminar los alimentos ó las frutas que se coman. Hay que hacer ingerir 10 centigramos de dicho polvo para producir de un modo excepcional lesiones tuberculosas. La desecación y la transformación rápidas de esputos en polvo movilizable son medios naturales de preservación contra la infección tuberculosa.

Los aparatos ó las máquinas [más terribles son igualmente inofensivos cuando se hallan bastante desmenuzados; los átomos no influyen ya, la bala de cañón reducida á polvo no puede matar á un gorrión; los bacilos de Koch esparcidos por los cuatro vientos, son bacilos tuberculosos.

*El programa de von Behring para la lucha contra la tuberculosis.* —*Le programme de von Behring pour la lutte contre la tuberculose.* —Recueil de Med. Véter.—15 Febrero 1907.

Ha ya bastantes años que von Behring viene ocupándose en el descubrimiento de los medios y procedimientos propios para combatir la tuberculosis; mas á pesar de ello, nunca, hasta la fecha, había sido ingénuo acerca del éxito de sus investigaciones. En el Congreso de la Tuberculosis celebrado en París, parece como si hubiera querido excitar la curiosidad del mundo sabio con sus alusiones, llenas de reticencias y de misterio.

Invitado por la Sociedad de Damas Wurtembergesa, establecida para el cuidado de los enfermos de las colonias, von Behring dió en Stuttgart, el 11 de Diciembre último, una conferencia á la cual asistieron SS. MM. el rey y la reina de Wurtemberg. En esta conferencia expuso y desarrolló el orador su programa para la lucha contra la tuberculosis.

Después de haber reconocido cuanto Koch ha hecho avanzar nuestros conocimientos sobre la tuberculosis, de declararle veneración como su maestro y como inventor de la tuberculina (considerada al pronto como agente curativo de la tuberculosis, pero cuyo papel ha quedado reducido, al fin, á su acción reveladora de esta enfermedad), Behring continúa declarando que reconoce en el efecto de la tuberculina una reacción de inmunidad producida por cuerpos protectores y antitóxicos en el organismo de los individuos tuberculosos. El orador afirma que, á pesar de su estimación y agradecimiento hacia Koch, ha tenido necesidad, no sin un gran dolor de corazón, de separarse del ilustre maestro, por no serle posible participar de sus doctrinas.

He aquí los ocho puntos en que Behring se encuentra en contradicción con Koch:

«1.º Koch pretende que la mayor parte de las afecciones tuberculosas que padece la especie humana son consecutivas á la inspiración de aire cargado de bacilos de la tuberculosis que por la laringe penetran en los pulmones. Yo, por el contrario, opino que la mayor parte de los individuos tuberculosos se infectan, en la primera infancia por la leche; que los bacilos contenidos en este humor, se degluten con él, llegan por el aparato digestivo á los vasos linfáticos, de allí á la sangre, y después, por los vasos sanguíneos, á los pulmones. Tanto los bacilos que penetran por inhalación, como los colocados mediatamente en contacto con las mucosas bucal y nasal, no llegan á los pulmones sino siguiendo la vía de los vasos linfáticos y sanguíneos.

«2.º Según Koch, los bacilos contenidos en la leche de vaca no son capaces de producir la tuberculosis del hombre. Yo sostengo que los bacilos tuberculosos bovinos son, para el hombre mismo, más peligrosos que los bacilos de origen humano. Si la tuberculosis se transmite con más frecuencia de hombre á hombre, y también de la nodriza á la criatura, y si yo reconozco, precisamente por esto, que lo más corriente es que los bacilos humanos sean los que infectan la especie humana, no por esto vamos á deducir que el virus tuberculoso bovino sea menos apto que el humano para ocasionar la tuberculosis del hombre.

«3.º Koch coloca el periodo incipiente de la infección tuberculosa en el hombre, en una edad más avanzada que el periodo de la lactancia; yo, por el contrario, pretendo que en el mayor número de casos, las afecciones tuberculosas que se declaran más

tarde en el hombre, han sido contraídas al amamantarlos, con leche que contenía bacilos infecciosos, procedentes, ya de su madre ó de su nodriza, ora de la mama de una vaca ú otro animal.

»Ya he anticipado este juicio en otras conferencias: «La leche que se da á la criatura es la fuente principal del desarrollo de la tuberculosis», y «la tuberculosis es la última estrofa de la niñez, cuyo primer verso fué cantado al recién nacido en la cuna»

«4.º Según Koch, la tuberculina es un medio infalible para descubrir el sujeto tuberculoso.

»Mis investigaciones, me han permitido ciertamente reconocer por medio de la tuberculina si el hombre se halla bajo el influjo de una afección tuberculosa, ó si se hubo hallado. Mas la reacción consecutiva á una inyección de tuberculina no prueba, en modo alguno, que un individuo de sensibilidad ultraexagerada, para la tuberculina, posea efectivamente en su organismo focos tuberculosos, porque es posible producir en los animales una hipersensibilidad exagerada sin que la autopsia demuestre el menor vestigio de tuberculosis. Esta extremada sensibilidad se presenta, regularmente, en infecciones vacuníferas obtenidas con un virus tuberculoso relativamente débil.

»La sensibilidad ultraexagerada á la acción de la tuberculina es, á mi juicio, una reacción de inmunidad. Sólo que se presenta con cierta frecuencia en los individuos portadores de focos tuberculosos, porque el organismo del hombre y de los animales domésticos está de ordinario infectado, no con virus relativamente débiles y vacuníferos, sino con virus fuertes y susceptibles de producir tubérculos (??).

5.º Según Koch, se llegaría á desarraigar la tuberculosis por la desinfección rigurosa y la destrucción de los esputos de los tubérculos. Yo mismo estoy lejos de desear que se olviden estas medidas que se imponen por razones de limpieza y de higiene; pero tiendo preferentemente á extinguir el manantial de la tuberculosis, que se encuentra en la leche suministrada á los niños de pecho.

»6.º En 1901 dí á conocer mi método de vacunación de los bóvidos contra la tuberculosis. Empleé como vacuna bacilos humanos de escasa virulencia. Dos años después, Koch reconoció que mi método podía utilizarse, pero estamos desacordes sobre el principio científico de la bovo-vacunación. Para Koch el bacilo humano pertenece á un tipo distinto del bovino, y acaso por esto, dice, es por lo que el primero es capaz de inmunizar al buey por la vacunación. Según Koch, se podrá, lógicamente hablando, inmunizar al hombre por el empleo de una vacuna preparada con bacilo bovino.

»Por mi parte niego que haya diferencia entre los bacilos



humanos y los bovinos. Yo creo que los primeros de ordinario están dotados de una energía patógena menor que los bacilos bovinos, que son, para todos los mamíferos, los más virulentos. Koch cometería, pues, un error si creyese encontrar un agente inmunizador del hombre en las preparaciones extraídas del bacilo bovino.

7.º Los medios aconsejados por Koch para luchar contra la tuberculosis del hombre son insuficientes, porque no tienen en cuenta lo debido, la infección posible de los niños de pecho ó de los alimentos con leche de vaca.

8.º Según Koch, la tuberculina debe curar á las personas atacadas de tuberculosis en el primer grado (tuberculosis incipiente). Yo os recomiendo mi nuevo medicamento, la *tulaselactina*, como medio inmunizador del niño de pecho.»

En cuanto al modo de combatir la tuberculosis, el orador da las siguientes explicaciones:

1.º Es aún dudoso que la tulaselactina pueda ser aplicada con eficacia en la tuberculosis avanzada (tisis).

2.º Por medio de la tulaselactina, administrada por vía intravenosa, subcutánea ó estomacal, se puede, no solo proteger á los animales bovinos, porcinos y ovinos tuberculosos contra la acción morbígena de virus mortales para los animales de experimentación—lo que es relativamente fácil,—sino también hacer refractarios á la tuberculosis, en un grado bastante considerable, á conejos y cobayas, si se empieza el tratamiento subcutáneo de estos animales con una décima de milígramo de mi tulaselactina, y aumentando lentamente la dosis durante un periodo de quince días. De donde deduzco que la potencia inmunizadora de mi remedio se revelará también para el hombre.

3.º El grado máximo de inmunización exige, para ser completa, un tratamiento de seis á doce semanas, y no puede realizarse si no se esquivan cuidadosamente todas las probabilidades posibles de infección (!).

4.º El método de inmunización por la tulaselactina es una especie de mitridatización. Durante el tratamiento, se producen «cuerpos curativos» que entran en el torrente circulatorio.

5.º La eficacia progresiva del proceso inmunizador se comprueba por el análisis cuantitativo del suero sanguíneo con la base de los «cuerpos curativos» ó protectores que pueda contener.

6.º Estos cuerpos protectores pasan de la sangre á la leche. Es, pues, posible inmunizar á los niños de pecho alimentándoles con la leche de una nodriza, ó con la de un animal tratado con la tulaselactina, ó finalmente, con la leche inmunizada de su propia madre.

7.º Queda aún por fijar, mediante una experimentación con-

tinua, si se debe preferir, para la protección de los niños de pecho contra la tuberculosis, la alimentación por la leche inmunizada ó la mitridatización de los animales (inmunización estomacal). En todo caso, esta última promete una inmunidad más duradera.

8º Los animales que reaccionan á la tuberculina pueden ser sometidos, con éxito, á la mitridatización por la tulaselactina, si se hallan en buen estado de carnes y si el exámen clínico no hace descubrir en ellos un foco tuberculoso manifiesto.

«De esto saco en conclusión, dice el orador, que las personas que reaccionan á la tuberculina, pero que aún no están tísicas, pueden ser curadas por la tulaselactina é inmunizadas contra la tuberculosis.»

9º Von Behring confiesa que no se puede aún comprobar si es realmente posible librar con su tulaselactina á los animales tuberculosos de los focos que oculten. Sería necesario para esto, dice, «formar una estadística terapéutica muy extensa».

10. Basándose en los éxitos que ha obtenido tratando con la tulaselactina vacas, cuya leche tenía bacilos, pero que á más de su buen estado nutritivo no presentaban otros signos de tuberculosis, conejos atacados de tuberculosis oftálmica experimental, cerdos afectos de tuberculosis ganglionar (escrofulosis) y cobayas atacados de tuberculosis pulmonar, el orador pretende que dichos éxitos justifican su recomendación de aplicar el tratamiento por la tulaselactina en hombres atacados por casos similares de tuberculosis.

Por último, von Behring, que recomienda alejar los niños de pecho de las casas habitadas por tísicos y transportarlos á parajes indemnes, así como alimentarles con leche exenta de bacilos tuberculosos, confía en que tratándolos (sobre todo los escrofulosos) con su tulaselactina, se verá gradualmente desaparecer la tuberculosis.

---

## NOTAS ESCOLARES

Clinica de Pedlatria á cargo del profesor Dr. Pinilla

### *Un caso de Tetania*

por Lobeto Lobo

Alumno observador

La niña Juliana Gómez, de 8 años de edad, natural de Sequeros y residente en Salamanca, se presenta en la Clínica de Pedlatria el 1.º de Marzo del presente año.

*Antecedentes hereditarios.*—Según los datos que nos suministra su propia madre, igual ella que su padre han sido siempre muy sanos, y bien se dejaba ver eran sumamente robustos, no habiendo padecido nunca enfermedad alguna que pudiese dar á su descendencia determinada tara hereditaria patológica.

Tuvo la enfermita cuatro hermanos, de los que se le han muerto dos, uno de viruela y otro de sarampión.

*Antecedentes individuales.*—Nació nuestra enferma de todo tiempo, habiendo sido lactada por su propia madre hasta los doce meses, criándose robusta, sin que presentase trastorno alguno en los 4 años, época en la que, acaso por alguna alteración gástrica, puesto que le daban una alimentación superior á las fuerzas digestivas de la niña (chorizo, tocino, sopas del cocido y garbanzos), tuvo fiebre durante quince días con lengua saburrosa, desganas de comer y mucha sed; pero que todo pasó por sí solo, sin asistencia facultativa, volviéndole las ganas de comer, aun cuando desde entonces no ha vuelto la niña á tener tan buena salud como hasta aquella fecha había tenido.

*Enfermedad actual.*—En principios de Febrero, coincidiendo con la muerte de una cariñosa persona protectora de la familia, se puso muy nerviosa y le dió el primer ataque convulsivo, que afectó solo al brazo y mano derechos, siendo precedido de hormigueos y ardor del mismo, durándole dos horas. Durante la noche del mismo día, dice no cesó la niña de quejarse del dolor y del adormecimiento del brazo, presentándosele otro segundo ataque á la mañana siguiente.

Todo pasó, y cuando no se acordaban de ellos, por no haberles dado importancia alguna, es acometida de nuevo; el 10 de Marzo á las nueve de la mañana, da un tercero, acompañado de los mismos fenómenos (dolor, adormecimiento y ardor,) que los anteriores; y á continuación otros cuatro con intervalos de media á una hora próximamente. Razón por la que vino á la Clínica el día de la fecha en que fui encargado de su observación.

*Exámen por aparatos.*—La simple inspección de la historia da nos demuestra se trata de una niña débil, de mala criación, de crecimiento pobre y de escasas energías orgánicas. La piel y las mucosas están pálidas y tiene muchas ojeras.

*Aparato digestivo.*—Suele tener pocas ganas de comer, tendencias al vómito, aun cuando llega pocas veces á vomitar, tiene generalmente estreñimiento apesar de evacuar el vientre con regularidad, todos los días, y sobre todo lo que la sirve de mayor molestia, son las intensas picazones que tiene en el ano.

*Aparato respiratorio.*—No padece catarros, ni acusa alteración digna de consignar referente á este aparato, pues si en ocasiones bastante frecuentes tiene tos, es debida á que se le pre-

Como existe en la ley la obligación para los médicos de dar parte á las autoridades sanitarias de estos casos de infección, pero esta ley no se cumple, no hay tampoco desinfección reglamentada, y tendremos sarampión y coqueluche hasta que Dios quiera.

## Movimiento demográfico de Salamanca

		Marzo.	Abril.	
Población, 27.160.				
Número de hechos.....	Absoluto.....	Nacimientos . . . . .	85	74
		Defunciones . . . . .	94	75
		Matrimonios . . . . .	19	16
	Por 1.000 habitantes....	Natalidad . . . . .	3'13	2'72
		Mortalidad . . . . .	3'46	2'76
		Nupcialidad . . . . .	0'07	0'59
Vivos.....	Varones . . . . .	43	32	
	Hembras . . . . .	42	42	
Número de nacidos... ..	Vivos.....	Legítimos. . . . .	70	60
		Ilegítimos. . . . .	8	10
		Expósitos. . . . .	7	4
	<i>Total</i> . . . . .		85	74
Muertos....	Legítimos. . . . .	8	7	
	Ilegítimos. . . . .	»	1	
	Expósitos. . . . .	»	»	
<i>Total</i> . . . . .		8	8	
Número de fallecidos.....	Varones . . . . .	49	33	
	Hembras. . . . .	45	42	
	Menores de 5 años. . . . .	28	31	
	De 5 y más años. . . . .	66	44	
	En hospitales y casas de salud. . . . .	6	10	
	En otros establecimientos benéficos. . . . .	30	22	
<i>Total</i> . . . . .		36	32	

