

El Jurado Médico-Farmacéutico

REVISTA SEMANAL

DE MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

FUNDADA EN EL AÑO 1880

(ECO IMPARCIAL DE LA CIENCIA Y DE LOS INTERESES PROFESIONALES)

ÓRGANO OFICIAL DE LAS ASOCIACIONES MÉDICO-FARMACÉUTICAS DE LOS DISTRITOS DE ALIAGA, HIJAR, VALDEROBRES (TERUEL)

DE LA ACADEMIA MOLINESA (GUADALAJARA)

Y DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PROPAGANDA PARA LA INCINERACION CADAVERICA

DIRECTOR FUNDADOR

D. LADISLAO VALDIVIESO Y PRIETO

DIRECTOR PROPIETARIO

D. DÍO A. VALDIVIESO Y PRIETO

Mención de honor, concedida por el Jurado de la Exposición Farmacéutica nacional de 1882.

Única Revista Médico-farmacéutica premiada con medalla de oro en la Exposición minera nacional de 1885.

EL JURADO se encargará gratuitamente de activar los expedientes gubernativos y todo género de reclamaciones médico-farmacéuticas en los centros oficiales.

Dará su parecer en las consultas que de legislación vigente le dirijan, siempre que proceda su concurso, para las aclaraciones que se estimen legítimamente necesarias.

Publicará, siguiendo un riguroso turno de fechas, los remitidos que envíen los suscriptores, en consonancia con nuestro programa y los intereses científicos y profesionales que defendemos.

También dará cabida a cuantos casos clínicos notables se nos participen, para enseñanza particular y engrandecimiento general de la ciencia patria.

Es partidario de la asociación voluntaria, confederando los distritos, en cuyos presidentes se delegará la representación provincial ó regional, la que, á su vez, delegará en los de la provincia, para la constitución de la Asociación general española de las clases médicas.

Precios y condiciones de suscripción. Madrid, un mes, una peseta, Provincias, semestre, 5,50 id.; año, 10 id.; Extranjero y Ultramar, semestre, 12 id., oro; año, 20 id. Las suscripciones, por medio de correspondientes, en provincias y extranjero, 6, 12 y 24 pesetas respectivamente. Los pagos adelantados. Provincias, por inscripciones de numerario remitidas por orreo, y Extranjero y Ultramar, por letra de fácil cobro y certificada su remisión.—Se considera suscriptor á todo el que, aunque no renueve la suscripción, no avise su baja y siga recibiendo los números, así como á cuantos se le remitan y no los devuelvan á su procedencia, avisando su devolución por tarjeta postal ó carta.

Los anuncios, según los precios marcados en los espacios cuadrículados, incluso 0,10 por el timbre de cada uno y envío de comprobantes, y convencionales si se piden otras dimensiones, y su pago es por trimestres anticipados. Sólo se anuncian productos definidos y de eficacia comprobada.

EL JURADO MÉDICO-FARMACÉUTICO se publicará en Madrid cuatro veces al mes, los días 7, 14, 21 y 28.

Redacción y Administración: Valverde, 48 y 50, principal.

SUMARIO

Sección profesional: Esperanzas que se alejan.—La semana, por Gil Blas.—Programa de reformas en la Beneficencia municipal de Madrid.—Leyes clínicas del dolor, por el doctor Miguel Pereira, traducido por el doctor Rodríguez Ruiz.—Alrededor de la Conferencia sanitaria de París, por el doctor Prieto.—*Sección oficial:* Gaceta oficial médico-farmacéutica: Colección mensual de leyes, decretos, reales órdenes y circulares, etc.—*Noticias.*

Sección profesional.

ESPERANZAS QUE SE ALEJAN

Amagado de clausura próxima el actual período parlamentario; tal vez cerradas nuestras Cámaras cuando estas líneas vean la luz pública, hemos perdido ya la esperanza de que en este año reciba su sanción la reformada Instrucción general de Sanidad pública.

Es de todo punto materialmente imposible que, en estos días que faltan, quién sabe si acaso horas, dé su dictamen el Consejo de Estado y se redacte y se publique el Real decreto, con la nueva ley sanitaria reformada, por el ministro de la Gobernación, manera única de atajar el avance al fracaso de la predicha Instrucción general de Sanidad pública, incumplida cuan-

do no burlada. Incumplida en la elección de la Junta de patronato de titulares, á la que sólo han concurrido los médicos, mientras se han declarado desiertas las elecciones de compromisarios veterinarios y farmacéuticos. Burlada por la agresiva pertinacia de los Colegios provinciales obligatorios, cuyas Juntas continúan sus pretensiones de ordeno y mando, al extremo de alzarse contra dicha ley, de poder á poder, ante el centro gubernativo, en demanda del cumplimiento de sus flamantes estatutos, derogados antes de cumplidos.

De cierto lamentaremos que se confirme el fracaso; aunque con notorias deficiencias, nos complacía la efectividad de la nueva ley sanitaria, y aunque más no fuera que para dar carácter de unidad, en cuanto puede tenerlo, al ejercicio de la clase médica, dando tiempo, mientras tanto, para que la experiencia, evidenciando los defectos y también las demasías, impusiera la oportuna selección, contribuyendo para que, en plazo no lejano, existiera una aceptable, ya que no perfecta legislación sanitaria.

Cierto también que tan poco gallarda aspiración, es impuesta por la apatía, ya legendaria, de cuantos se suman en la clase médica, conglomerado de arenisca deleznable, sin cohesión alguna, que se quiebra y desmorona al más liviano embate de contrarios vientos, que esto es, y no más, la clase médica, secuestrada á la social corriente de solidaridad que impulsa, hasta á las clases más humildes, en la lucha por la existencia.

Los obreros manuales, el humilde jornalero, se sacrifica á la colectividad, aspirando á su defensa propia, y no suplica ni pordioseca, sino que exige sus derechos é impone las leyes como su sanción legítima.

Nuestra clase, la clase médica, todo lo espera de la ley, cual si no tuviera la más elemental noción de sus derechos, en ella los funda y á ellos se acomoda, como los menores de edad á impuesta curatela que complementa su personalidad jurídica; y, de aquí que, en nuestra clase, el acomodamiento á la servidumbre, imposibilite la solidaridad de todos cuantos la integran, que parecen satisfechos vegetando en su individualismo, secuestrados á las nuevas corrientes de vida de todas las colectividades.

¡Cuándo llegará el hermoso día en que sea un hecho la Asociación general de la clase médica!

LA SEMANA

De con, por, y sobre el escrutinio de la elección de la Junta de gobierno y patronato de titulares.

El *Boletín de la Asociación de Médicos titulares*, por referencia de otros colegas, puesto que éste no ha tenido á bien cambiar con nuestra revista, como si lo cortés vedara á lo valiente, dice en Noviembre, último número:

«Noticias de cuya exactitud podemos responder nos permiten anticipar el resultado de la elección de la *Junta de patronato de Médicos titulares*, pues, aun (!) cuando no sabemos aún (!) el número de votos obtenidos, constanos ya el número de provincias en que fueron elegidos cada uno de los vocales que constituirán dicha Junta.»

A *incogito* trasciende la noticia; pues si conocen ya cada uno de los vocales elegidos en cada una de las provincias, á pesar de los *aines*, cabe suponer que cada provincia participara la cifra de votos de cada vocal, y, que sumados los votos de todas, resultará el total por que resultaron elegidos respectivamente cada uno de ellos.

Pero dejando á un lado los comentarios, conste que este colega, cuyo carácter oficial parece ser notorio en este asunto, no refrenda oficialmente el resultado, aunque de su veracidad responde; que esta información la acepta como buena *El Siglo Médico*, igualmente que la de la prensa diaria, que con bastante posterioridad publica la candidatura elegida; pero tanto de esta prensa, como de lo que expresan dichos colegas, no se confirma la noticia oficial en forma.

Es más: mi colega *La Correspondencia Médica* del 30 de Noviembre, dice con cierto dejo de timidez: «Una vez publicada de manera *casi oficial* la candidatura triunfante», etc.

¿Cómo, á estas fechas, esas dudas todavía?

**

La Veterinaria Española, comentando la misma noticia del escrutinio de la elección del Patronato de titulares médicos, dice lo siguiente:

«El escrutinio de los veterinarios titulares, según nuestras noticias, todavía no se ha efectuado, por *faltar los datos de bastantes provincias, á las cuales se les ha concedido un nuevo plazo de quince días para enviarlos!!!* Este nuevo interregno confirma en absoluto los informes que desde un principio sabíamos; es decir, que según indicamos en el número del 20 de Octubre próximo pasado de esta Revista, en muy pocas provincias se había hecho la famosa elección.

Y con ese nuevo plazo, preguntamos, ¿...se arreglará la capa rota? Creemos que no; porque si los datos, como es casi seguro, que faltan en la dirección de Sanidad, son porque no se ha ya verificado en esas provincias la elección, ¿los remitirán en esos quince días que se las concede, si no se las autoriza ó se las obliga á que hagan una nueva elección? De ninguna manera. Pero la cuestión es que siga el embrollo, que continúe la farsa y *poder así justificar, ¡ja, ja!, con los pucherazos del escrutinio efectuado en Gobernación*, que la elección de los veterinarios para la Junta de patronato *fué completa, absoluta; que han votado todos los veterinarios titulares de España*, y que sólo unos cuantos incrédulos, como nosotros, vamos propagando por ahí, por arte del maquiavelismo que nos achaca *El Siglo Médico*, todo lo contrario.

¡Y poco que nos vamos á burlar y á reir nosotros, con los datos y las actas que obran en nuestro poder, del *fehaciente y ridículo (sic) escrutinio* que haga y publique en su día la dirección de Sanidad!

Suponemos que el escrutinio de nuestros compañeros en despojo, es decir, de los farmacéuticos, también por falta de datos de algunas provincias, habrá corrido igual suerte que el de los veterinarios.»

Tan crudos comentarios no resultan comentaría- bles.

**

En el «Boletín» de la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas* del 14 de Noviembre, el doctor D. G. González del Valle publica un artículo sobre el mismo asunto de la elección del patronato, epigrafiado *Al primer tapón...* título de artículo que justifica cumplidamente, al extremo de excitar la protesta de don Luis Collado Martialay, de Briones, secretario de la Junta de gobierno de la Asociación de Titulares, quien en carta abierta, publicada en el mismo «Boletín» del 28 último, le replica, entre otros, con el siguiente concepto:

«... No creo se apoye en los informes de algún periódico (el *Heraldo de Madrid*, del que es redactor D. Antonio Muñoz), que con una *frescura* sin ejemplo decía habían votado la candidatura de Madrid una porción de provincias, y señalaba sus nombres, que precisamente votaban la nuestra», etc., etc.

Como supongo que es muy leído y muy entendido el Sr. Collado, védase á mi malicia sospechar que se refiera á nuestra Revista la *frescura*, puesto que esos datos, publicados en estas columnas, eran copia fiel de la prensa diaria, y hasta puedo afirmar que exclusivamente del *Heraldo*, de quien es la *frescura*, que copiamos por la buena garantía de su redactor é individuo de la Comisión permanente de la Asamblea de titulares médicos, D. Antonio Muñoz, que resulta ser el *fresco*.

**

El gobernador de Madrid no cesa en sus gestiones contra la propagación de la epidemia variolosa, plausibles por su buena intención, mas no por sus notorios resultados beneficiosos.

Todo su plan de defensa lo funda en la vacuna, cuyos pedidos amplía al extranjero, evidenciando la deficiencia de nuestros centros productores, y llevando la alarma á toda Europa.

En cambio no ha habido nadie que le informe de la primera y más urgente providencia, cual es la de que exista una verdadera inspección de carnes, origen de toda epidemia variolosa, evitando que entren reses muertas de matute, y singularmente los mataderos clandestinos, sin perjuicio de vigilar con rigor el Matadero municipal, exigiendo responsabilidades en los casos en que se pruebe la delincuencia sanitaria.

En los pueblos cultos, en los que la higiene en la alimentación es un hecho, la vacuna no resulta profilaxis, porque no se llega á conocer la viruela; pero en los que, como el nuestro, se venden las carnes de reses variolosas, llega á ser útil, á la vez que un signo de falta de cultura; pero nunca debe fiarse á su bondad relativa, cual providencia única.

GIL BLAS.

PROGRAMA DE REFORMAS

EN LA BENEFICENCIA MUNICIPAL DE MADRID

El distinguido compañero doctor D. Luis Ortega Morejón, electo concejal, que empezará sus funciones en 1.º del año próximo, convocó á una reunión al cuerpo facultativo de Beneficencia municipal, al que también él pertenece, en la noche del 29 de Noviembre, en el local del Colegio de Médicos.

Expuso á sus compañeros que su nuevo cargo le imponía el deber de citarlos á este acto confraternal y deferente, para exponerles, en líneas generales, los proyectos de reformas á que aspiraba para integrar el mejor servicio de Beneficencia municipal, las que formuló en las siguientes conclusiones:

1.ª Construir un hospital permanente de enfermedades contagiosas, para sobrellevar mejor las frecuentes epidemias que nos invaden, y cuyos trastornos materiales son inmensos, á pesar de contribuir el Erario en épocas normales con créditos superiores á sus fuerzas.

2.ª Crear un hospital municipal, con salas de Medicina y Cirugía y departamentos para consultas de especialidades.

3.ª Establecer un local donde se reúnan los facultativos que componen la Beneficencia municipal, no sólo para la discusión de asuntos profesionales y conferencias científicas, sino también con carácter de fraternal punto de unión entre los individuos del cuerpo, que por indoles del servicio se hallan actualmente separados.

4.ª Fundar cuatro premios de 1.000 pesetas para recompensar trabajos especiales.

5.ª Proponer que el ingreso á la Beneficencia municipal se verifique por oposición y sin programa, bien sea á las plazas de Medicina y Cirugía ó bien á las de especialidades, incluyendo como nueva y de reconocida importancia la de higienistas.

6.ª Subdividir el servicio profesional en forma contraria á lo que en la actualidad anómalamente sucede, ó sea establecer prerrogativas de edades y méritos á todos los médicos antiguos y modernos.

Y 7.ª Procurar que se unifiquen las jubilaciones á las de los demás empleados del Ayuntamiento.

Tan buenos propósitos fueron por todos los allí presentes aplaudidos, mereciendo el ilustrado compañero afectuosos plácemes, y la promesa del cuerpo facultativo de cooperar á su obra, en la que se procura ante todo prevenir y evitar las deficiencias que existen actualmente en servicio tan humanitario, en garantía de la salud pública.

Hace años que en estas columnas abogamos por la pronta realización de algunos conceptos de este proyecto de reforma, singularmente por la creación de hospitales municipales, precisos en todo tiempo, y más aún en previsión de períodos epidémicos.

Aplaudimos tan nobles iniciativas, á las que cooperaremos desde nuestra modesta revista, aceptando como nuestro el programa de reformas del electo concejal de Madrid, D. Luis Ortega Morejón.

LEYES CLÍNICAS DEL DOLOR⁽¹⁾

POR EL DR. MIGUEL PEREIRA

TRADUCIDO POR EL DOCTOR RODRÍGUEZ RUIZ

Dolores torácicos.—I. El dolor, localizado primitivamente á la derecha del esternón, con irradiaciones posibles, pero no obligadas, á la base del tórax, al cuello, á la espaldilla derecha y al brazo correspondiente, espontáneo ó provocado, en los adultos, y principalmente en los ancianos, es, por regla general, síntoma de una ectasia de la porción ascendente del cayado de la aorta.

II. El dolor constrictivo y angustioso retroesternal ó precordial, que se presenta por accesos ó con desusada violencia en un individuo, mayormente si éste fuera artrítico, es característico de una «angina pectoris».

III. Cuando el dolor, respetados los términos más amplios de la segunda ley, fuere consecuencia de un esfuerzo ó estímulo cuya duración fuera un instante y que se propaga como si se tratara de una neuralgia ó una neuritis del frénico, denunciará una «angina pectoris verdadera».

IV. Cuando, respetados también los términos de la segunda ley, excepción hecha de la edad, el dolor aparece durante el sueño tranquilo, ó fuera de él, espontáneamente, sin motivo justificado, aislado de otros, en neuro artríticos, dispépticos ó discrásicos, la angina de pecho es puramente funcional, y, por tanto, curable.

V. Las afecciones orgánicas de corazón cuando se forman lentamente, en especial las valvulares, son de ordinario indolentes.

VI. El dolor precordial violento y contemporáneo de un traumatismo sobre el dorso ó sobre el pecho, ó de un esfuerzo físico desmedido, cuando va acompañado de disnea, estado sincopal y súbita depresión de la tensión arterial, indica una lesión valvular.

VII. El dolor en la parte lateral del tórax en el

(1) Para que sirva de guía en no pocos casos dudosos, traduzco el resumen de la Monografía del doctor Pereira «A dor no ponto de vista medico».—(*Revista medica de S. Paulo.—Novidades medicas e pharmaceuticas.—Gaceta Médica Catalana.*)

plano cortado por las regiones axilares superior y media, por cuya superficie se difunde sin puntos ciertos de exacerbación, pero que en la mayoría de los casos corresponde á las digitaciones del serrato mayor, revela una pleurodinia.

VIII. Todo dolor que, recorriendo los espacios intercostales, gana en intensidad en los puntos de emergencia de los nervios que por ellos transitan, debe ser referido á una neuralgia intercostal.

IX. El dolor precordial que, acompañado de palpitaciones, aparece en un individuo que desde larga fecha sufre neuralgias ó neuritis, principalmente si son del brazo izquierdo, es un dolor meramente reflejo, cuyo destino son los mismos de la afección periférica (repercusión neurálgica de Trousseau).

X. Todo dolor que se manifiesta en los puntos de inserción del diafragma, que por ello se inmoviliza, y desde ellos asciende, extendiéndose por la parte anterior del pecho, cuello, hombros y brazos, es debido á la neuralgia del frénico, á su vez casi siempre ocasionada por pleuresía diafragmática.

XI. El dolor torácico, que siendo referible á los músculos y no obedeciera á origen reumático, y que, por lo tanto, no estuviese en relación con el ejercicio de la musculatura del tronco, sobre todo si se observa en individuos nerviosos, discrásicos ó degenerados, es un dolor psíquico.

XII. El dolor que en el curso de una tuberculosis pulmonar y en el período cavitario, se presenta violentamente punzante, efecto de la tos ó de exagerado esfuerzo, y se acompaña de disnea, es la primera manifestación del pneumotórax.

B. Dolores abdominales.—I. El dolor de estómago, gastralgia ó cardialgia, se presenta en cuatro enfermedades gástricas: úlcera, hiperclorhidria, hipersecreción y neuralgia.

II. El dolor que aparece de noche, privando del sueño y localizado al lado de la línea alba en las inmediaciones de la vesícula biliar, y que permanece intenso durante dos ó tres horas, para acabar en copioso vómito, indica, de repetirse sistemáticamente, la enfermedad de Reichmann.

III. El dolor urente, lancinante y constrictivo, que aparece después de las comidas, y que tiene, además, un punto de mayor intensidad en la parte media del segmento xifumbilical de la línea alba, y atrás otro en la undécima y duodécima vértebras, es característico de la úlcera del estómago.

IV. El dolor en el gastroectásico es un fenómeno que debe atribuirse á la hipersecreción ó á la estenosis del píloro.

V. El dolor que, partiendo del epigastrio se irradia en varias direcciones y que se manifiesta algún tiempo después de las comidas (una á cuatro horas), y que con este carácter cronológico aparece tantas veces cuantas come el enfermo (lo que suele proporcionarle un alivio pasajero), denuncia la hiperclorhidria.

VI. El dolor que se localiza en la superficie abdominal, simulando un cólico hepático, pero del cual se distingue por la ausencia de síntomas de litiasis biliar, es en los dispépticos el cólico hipocondríaco ó subhepático de Glenard, fenómeno cuya génesis está en el paso del bolo alimenticio mal digerido á través del duodeno ó del yeyuno de los enteroptósicos.

VII. Cuando los dolores, atrozmente intensos, aparecen, sin explicación plausible, por accesos subintrantes, con apariencias de continuidad, con propagaciones predilectas al dorso y espacios intercostales, y tienen una duración mayor que los sintomáticos de las

afecciones gástricas ó de simples gastrodinias, derivan de un estado medular.

VIII. Cuando el dolor es paroxístico, ocupa el epigastrio ó hipocondrio izquierdo, desde donde se difunde, é independiente de la alimentación sobreviene á cualquier hora, indica gastralgia idiopática.

IX. El dolor que, siendo profundo y terebrante, principia en el epigastrio y se extiende por el hipocondrio y bajo vientre, teniendo su punto máximo al nivel de la última vértebra dorsal y primeras lumbares, y se acompaña de ictericia intensa, continua y progresiva, es un excelente signo de cáncer del páncreas.

X. El dolor nocturno, simple ó paroxístico, casi siempre atroz y lancinante, que nace en el hipocondrio derecho, con habituales irradiaciones epigástrica y escapular, y se desvanece al cabo de algunas horas, acompañado de escalofríos, vómitos, hipertermia local ó general, agitación intensa y más tarde de ictericia, traduce una colilitiasis en su período activo ó migratorio.

XI. En el cáncer del hígado sólo hay dolor cuando la cápsula está afecta ó el frénico es alcanzado por la lesión. Desarrollándose en el hilo por la compresión sobre los gruesos troncos biliares ó vasculares, puede ocasionar dolor semejante al del cólico hepático.

XII. El dolor epigástrico que, ya sordo é indefinible, ya vivo y más expresivo, se presenta en el curso de las enfermedades en que el hígado es habitualmente tributario, se relaciona la mayoría de los casos con la congestión hepática, activa ó pasiva, y menos veces con inflamación de la cápsula.

XIII. Todo dolor que, limitado á la zona hepática y que se exaspera á la presión, y que es permanente y duradero, concomitante con omodinia homóloga y coincide con alteraciones volumétricas del órgano, debe suscitar la hipótesis de un absceso del hígado.

XIV. El dolor agudo y lancinante del hipocondrio derecho, que aparece entre dos y cuatro horas después de las comidas, si en el paciente fueran accidentes probados las enterorragias y hematemesis, podrá llevar al diagnóstico de una úlcera del duodeno.

XV. El dolor abdominal difuso, que con el examen físico se percibe más intenso en la región del colon, principalmente del transversal, acompañado de borborigmos, y contemporáneo de trastornos digestivos, traduce, siendo agudo, un cólico intestinal, y siendo crónico, el vasto grupo de las enterocolitis.

XVI. El dolor abdominal, que crece por modo progresivo, y que es relativamente continuo, que tiene su máximo en la parte media de la línea que va desde la espina ilíaca anterosuperior derecha hasta el ombligo, cuando va asociado á la hiperestesia cutánea y á defensa muscular, es específico de la apendicitis.

XVII. El dolor de la fosa ilíaca derecha, sin punto preestablecido de exacerbación, que aparece en el curso de una enterocolitis, y que además de eso corresponde á un empastamiento de la región, denuncia un proceso de tifitis y peritifitis.

XVIII. El dolor urente que, acompañado de tenesmos y evacuaciones alteradas, acomete en el bajo vientre con repercusión lumbar, es en las proctitis su mejor indicio.

XIX. El dolor tenaz y permanente que en el hipocondrio izquierdo fuera superyacente al trayecto de la aorta, desde que los latidos abdominales se efectúan en todos sentidos, denuncia un aneurisma del mencionado vaso.

XX. El dolor, que comenzando en cualquier punto del vientre, se difunde por todo él con rapidez, acompañado de meteorismo, vómitos, hipo, astricción intestinal, escalofríos y fiebre, revela la existencia de una peritonitis aguda.

XXI. El dolor lumbar ó lumboabdominal, ya sordo y gravativo, ya violento, paroxístico, insufrible, que se propaga á las ingles y desciende al escroto, especialmente si coincide con hematuria, es propio de la litíasis renal.

C. *Dolores del cráneo.*—I. El dolor de cabeza, profundo y continuo, que aumenta por la tarde, ó que siendo intermitente sólo aparece en las primeras horas de la noche, se presenta generalmente, de preferencia en los jóvenes, como un episodio casi infalible de la sífilis secundaria.

II. El dolor de cabeza que, unido á los vómitos, á las convulsiones, fuese tenaz y violento, difuso algunas veces y otras localizado, que puede suscitarse fenómenos oculares, y es en la mayoría de los casos primer episodio de una escena morbosa, debe despertar la idea de un tumor cerebral.

III. Cuando el dolor, además de vómitos y de vértigos, fuese occipital preferentemente y coincidiera con marcha vacilante, la hipótesis de un tumor del cerebelo debe prevalecer en el ánimo del médico.

IV. Cuando el dolor, comenzando en la porción superior de la cara y parietal del cráneo, se irradia después por toda la cabeza, obedeciendo á la ley de irradiación central, denuncia neuralgia parcial del quinto par.

V. El dolor frontal, que apenas se anuncia adquiere pronto el máximo de intensidad y se acompaña de vómitos y astricción de vientre, fenómenos que forman el trípode meningítico de los antiguos, y que así se sostiene, produciendo diferentes desórdenes nerviosos, es propio de las meningitis cerebrales agudas.

VI. El dolor de cabeza que, reuniendo los caracteres resumidos en la ley anterior, fuera especialmente occipital y acompañado de raquialgias y contracciones, que evoluciona con fiebre y tiene una marcha aguda, es característico de la meningitis cerebrospinal.

VII. La cefalea, que estalla lancinante y abrupta en el curso del reumatismo poliarticular agudo é hiperpirético, al mismo tiempo que se disminuyen los dolores articulares, principalmente en los meiotrágicos del cerebro, es la mejor expresión clínica del reumatismo cerebral de forma meningítica.

VIII. El dolor de cabeza que, frontal ó supraorbitario, aparece como el comienzo del mal, junto con fiebre alta, congestión de la cara é hiperemia del tegumento cutáneo é inyección conjuntival, es, por regla general, propio de los exantemas febriles, y cuando va unido á la raquialgia, gana en precisión, suscitando la idea de la viruela.

IX. Cuando el dolor es superficial, intenso y continuo, aumenta con la más leve presión sobre la piel del cráneo ó con una contracción de los músculos de la cabeza, depende de un estado reumático del epicráneo.

X. Cuando el dolor, precedido generalmente de prodromos, se circunscribe á la mitad del cráneo, es periódico y se acompaña de trastornos vasomotores, de trastornos oculares y de vómitos, con los que habitualmente termina, es el específico de la jaqueca (hemicránea).

XI. Cuando el dolor fuera diurno y bilateral, des-

aparezca con el sueño, reaparezca ó se aumente con las comidas, adquiera su máximo en el occipucio y dé al individuo la sensación de un anillo constrictor que le comprima la cabeza (casco neurasténico de Charcot), indica la neurastenia.

XII. El dolor que, principalmente en las mujeres, fuera perforante ó urente, produce ora la sensación de un clavo que se hunde en el occipucio ó en los temporales, ora la de un ascua que se colocase en estos mismos puntos, casi siempre revela el histerismo.

XIII. El dolor que, frontal, parietal ú occipital ó difuso, fuera contemporáneo de zumbidos de oído, vértigo, palidez tegumentaria, acentuada en las conjuntivas, y que además aumenta con la posición vertical del tronco, es un fenómeno peculiar de las anemias.

XIV. El dolor de cabeza occipital, que de preferencia ataca á individuos cuyo organismo fuese afecto de infecciones (sarampión, difteria, blenorragia, etc.), ó que se presentase en aquellos que sin estos antecedentes morbosos tuvieran sus arterias seniles, es un excelente signo de nefritis.

ALREDEDOR DE LA CONFERENCIA SANITARIA DE PARIS (1)

La infección puede ser transportada desde un barco á tierra:

a) *Por las personas enfermas.*—Este riesgo es mínimo. Un enfermo reconocido como pestoso, siempre se desembarca en un lazareto ó con todas las precauciones necesarias.

b) *Por una persona enferma de la peste ambulatória* (pestitis minor).—Esta variedad es excesivamente rara, y no posee un alto grado de infecciosidad.

c) *Por una persona en el período de incubación.*—El primer punto de descanso del viaje hacia Europa es Aden, á cinco días de Bombay, y el período de incubación de la peste no pasa de cinco días. El peligro para Aden, y *a fortiori* para Europa, es, pues, pequeño. El peligro de que una persona que ha contraído la infección á bordo en el viaje, por las ratas ú objetos, desembarque en incubación, existe sin duda; pero se evita por la vigilancia, durante algún tiempo, de los desembarcados y de los sospechosos.

d) *Por los vestidos infestados.*—Parece escaso riesgo. Nunca se ha probado esta importación. Las precauciones en el puerto de desembarque y la desinfección de los trapos y efectos, ropas y lienzo, ordenada por los diferentes países, han reducido el peligro.

e) *Por las mercancías.*—Como se verá más adelante.

Agentes de diseminación de la enfermedad en un lugar infestado.—Los agentes ya enumerados (hombres, efectos y ratas) diseminan la peste en cada lugar contaminado. Por lo que toca á las mercancías, parece que en muchas localidades se ha encontrado una relación con las fábricas y almacenes de granos, harinas y otros comestibles; por lo que toca á las ratas, la Comisión ha llegado á la conclusión de que en muchos lugares, pero no en todos, contribuyen estos animales á la difusión. Una vez introducido el mal en una ciudad ó aldea, las ratas han sufrido con mucha frecuencia de él, antes de presentarse casos indígenas

(1) Véase el número anterior, pág. 349.

humanos; otras veces parece que la epizootia se ha presentado antes que los casos humanos; pero (añade la Comisión) conviene advertir que tal epizootia no va necesariamente seguida de casos en el hombre en gran número, y, por el contrario, epidemias muy serias no han tenido su origen en las ratas. Los ratones, ardillas, monos y gatos, pueden adquirir la peste en el Laboratorio, y espontánea. Los perros, chacales, pájaros y carnívoros son, por lo general, refractarios; pueden transportar pedazos de animales ó del hombre, y al comerlos transmitirlos por la defecación.

No hay pruebas de la diseminación por el viento ni por el agua. La idea de la expansión por la tierra como un cultivo de bacilos, es contraria á los datos de la bacteriología.

Circunstancias que modifican la susceptibilidad de los individuos ante la peste.—La edad, el sexo; éste no puede fijarse porque en muchos casos los indígenas han ocultado las muertes en las mujeres; parece que éstas son más atacadas porque están encerradas en las casas, y ésta es enfermedad de locales.

Influencia de la raza y religión.—La proporción de europeos atacados en la India ha sido muy inferior á la de los eurasiáticos, y la de éstos menor que la de los indios. Como religión, los jainos han sufrido más que los otros, por vedarles su dogma atacar á ningún animal, por pequeño que sea, y no barren sus casas temerosos de matar un insecto, respetando hasta los parásitos de sus cuerpos. En general, los indios eran más atacados y más gravemente que los musulmanes.

Profesiones.—Los comerciantes de granos, especieros y almacenistas de comestibles, han dado una proporción extraordinaria. También los desinfectores, donde no habían tomado las precauciones debidas; los lavaderos siguen en frecuencia, luego los médicos, enfermeros y personal de hospitales. Las autopsias son peligrosas, sobre todo para las personas poco expertas, como ayudantes, etc., sin duda por la falta de precaución. Las personas que lavan y preparan los cadáveres no corren riesgo excepcional; pero si toman los vestidos y se los ponen sin desinfectar, el riesgo es evidente. Los poceros no eran atacados con exceso en Bombay, y más parecían inmunes el primer año.

Condiciones especiales.—La costumbre de los indios de andar descalzos, de dormir en el suelo, comer lo mismo y limpiar sus utensilios de cobre con lodo, influyen de modo muy desfavorable.

Cuestiones epidemiológicas relativas á la peste.—Intervalo entre el primer caso y el principio de la epidemia. Después de importada la infección, media un intervalo de algunas semanas hasta la aparición de la epidemia; creen algunos que durante este tiempo se propaga por las ratas. La Comisión opina que durante este intervalo queda en el suelo y en los objetos más bien que en las ratas. A veces se ha observado un silencio análogo, al medio ó al fin de la epidemia. Esto demuestra que el peligro persiste, aun después de la comprobación del último caso.

Formas clínicas típicas de la peste.—Algunas epidemias se han visto precedidas de afecciones mal determinadas, que podrían ser formas típicas de la peste. En ciertos puntos eran parótidas; en un barrio de Bombay fué un coriza febril de los niños. Créese que algunas epidemias han tomado origen en la forma ambulatoria, pero sin datos seguros. Otras veces ha precedido un aumento en la mortalidad de las enfermedades del aparato respiratorio; otras los primeros casos tomaban la forma septicémica.

Cuando una epidemia se desarrolla directamente y

sin intervalo desde el primer caso, los demás suelen tomar la forma del caso original; pero cuando la continuidad sufre un intervalo, parece que los bacilos experimentan alguna modificación, aumentando ó disminuyendo su virulencia, y los casos siguientes pueden ser ó menos ó más graves que el primero.

Influencia del periodo de la epidemia sobre la virulencia de la enfermedad.—La virulencia de la enfermedad, indicada por la proporción entre las defunciones y los casos, varía generalmente con la marcha de la epidemia. Cuando está en crecimiento, aumenta la virulencia, que decrece al disminuir los casos.

Estaciones y climas.—Se estudia esta cuestión muy minuciosamente en el informe, sin llegar á conclusiones definitivas acerca de la influencia de los meteoros. En todo el Indostán presenta la curva anual de la enfermedad dos máximas y dos mínimas. Crece en el mes de Marzo, baja en el de Junio, vuelve á crecer en Octubre y á descender en Enero. La segunda subida es mayor que la primera; la segunda bajada es menor que la primera. En la época de la primera subida el tiempo es caliente y seco; en la de la segunda, caliente y húmedo; durante el primer mínimo sigue el tiempo caliente y húmedo (principio de la estación pluvial); durante el segundo es fresco y seco.

De los datos meteorológicos deduce el profesor Hunter Stewart, de Edimburgo: primero, que en las regiones infectadas las condiciones de temperatura son tales, que la peste puede reinar en cualquier estación del año, y segundo, la humedad de la atmósfera no tiene ninguna influencia.

Los datos meteorológicos de las diferentes ciudades y distritos permiten asegurar que la epidemia adquiere su máximo en tiempo caliente y seco, caliente y húmedo, fresco y seco, ó fresco y húmedo, indistintamente.

Influencia del estado sanitario, higiene, saneamiento, etc.—Los miembros de la Comisión no están de acuerdo en este punto, reflejando las diferentes opiniones de los testigos á quienes han interrogado. La mayoría opina que la suciedad, la aglomeración y la mala higiene favorecen la propagación. La minoría cree que la peste se extiende allí donde ha sido llevada, cualquiera que sea la condición higiénica de la localidad. La mayoría de la Comisión se inclina á la minoría de los testigos; pero supone que éstas no son cosas contradictorias. Admite que la enfermedad es más común en las casas aglomeradas, oscuras y húmedas; pero que esto puede explicarse porque juntamente en ellas es donde las gentes se acumulan más y pueden mejor contagiarse. Al propio tiempo añade que en algunos casos se han observado viviendas que indudablemente favorecía la persistencia y la infección.

En su apéndice tercero el presidente de la Comisión, no hallándose de acuerdo con esta expresa idea, se encaminaba á demostrar que, existiendo las condiciones de mala higiene en la mayoría de las casas indígenas, ha sido ésta la causa preponderante para la extensión y fatalidad de la epidemia del Indostán. Las más importantes han sido las del interior de las casas; su influencia es más sensible que la de las de saneamiento exterior. Son aquéllas la aglomeración, la falta de ventilación, la obscuridad, la suciedad y la impureza del aire en las viviendas. La actividad y virulencia del bacilo pestoso aumentan con la proporción del ácido carbónico y la disminución del oxígeno del aire, por la obscuridad, por el calor, por la humedad; en una palabra, por las condiciones de los cuartos su-

cios, mal ventilados, en que se acumulan personas. Por el contrario, los bacilos mueren ó se atenúan por la luz, sobre todo por los rayos solares, por la sequedad y por la aireación. Insiste, en resumen, el presidente en que las medidas de saneamiento del interior de las viviendas son las más eficaces contra una epidemia de peste.

Endemia en el Himalaya.—En 1823 se reconoció la existencia de un foco de peste en la epidemia de Kamaony Gahrwal, sobre las montañas del Himalaya. Los síntomas y la epidemiología de esta enfermedad no han dejado duda de que se trataba de la verdadera peste, y ahora se ha reconocido bacteriológicamente su identidad. Esta endemia tiene años de actividad y años de inactividad, en que parece cesar. La Comisión cree que durante la inactividad quedan los gérmenes en las casas y en el suelo, para recuperar, dadas circunstancias mal determinadas, su reviviscencia.

Aclimatación de la infección.—En fin, la Comisión cree que la infección de la peste, antes de presentarse como epidemia en una localidad, debe experimentar un proceso de aclimatación; es decir, que necesita cierto tiempo para adaptarse á las nuevas condiciones locales (clima, temperatura, suelo, otros bacilos preponderantes, etc., etc.).

Inoculaciones profiláticas de Haffkine. Seroterapia de la peste.—Medidas para la supresión de la peste. Medidas para tener conocimiento de cada caso de peste, estando aún vivo el enfermo. La dificultad con que en todas partes se tropieza entre los indios, es que nadie quiere denunciar los casos á las autoridades, si nada gana para ello. La familia del enfermo tiene interés en ocultarlo; los médicos lo mismo, porque temen perder su clientela, y los vecinos porque temen que las medidas adoptadas les serán aplicadas también á ellos. Aunque ninguna disposición haya triunfado por sí sola de esta dificultad, la Comisión recomienda las siguientes: alentar á los habitantes á denunciar los casos; gratificación á los médicos que los notifiquen; castigo á los que los oculten; en ciertas circunstancias, gratificación á la policía ó á todo el que, sin ser médico, dé cuenta de un caso; vigilancia de toda persona llegada á una población indemne, y procedente de localidad infectada. Esta puede efectuarse por un sistema de pasaportes con el nombre y lugar de procedencia del interesado y sus señas, en la población adonde se dirige. Durante los diez días después de su llegada debe presentarse, bajo pena de multa, á las autoridades. Las Comisiones de investigación, que han visitado las casas diariamente para buscar enfermos, han dado medianos resultados. Sus inconvenientes son mayores que sus ventajas. En algunas localidades los agentes voluntarios y comités de vigilancia, constituidos por personas respetables de la localidad, presididos por un ciudadano influyente, han sido de verdadera utilidad para buscar los casos y denunciarlos.

Conocimiento de las defunciones.—El registro de toda defunción, con expresión de su causa y la inspección de los cadáveres, sobre todo la última, ha encontrado fuertes objeciones por parte de los indígenas por escrúpulos religiosos (á veces de los indios, y otras de los musulmanes). Esta oposición era mayor contra la inspección de los cadáveres de mujeres. La mayoría de la Comisión añade que no siempre es fácil diagnosticar la peste después de la muerte, sobre todo de las formas septicémica y neumónicas. Por estas razones no recomiendan la inspección de los cadáveres como medida general.

Apéndice cuarto. Dos miembros de la Comisión se separan de esta opinión. Piensan que las medidas para conocer todos los casos de peste no son eficaces, y es de gran importancia que las defunciones no escapen al conocimiento de las autoridades. De otra suerte, es imposible saber dónde reina la enfermedad, para desinfectar las casas y extinguir la epidemia. Creen que la inspección de los cadáveres es una de las medidas más esenciales.

Medidas de comprobar la peste en un lugar infectado.—Transporte de los enfermos al hospital. Los casos importados y los primeros indígenas deben ser conducidos al hospital. En las grandes ciudades, una vez desarrollada una epidemia grave, es casi imposible hospitalizar todos los enfermos. Los resultados de los esfuerzos hechos en este sentido han sido escasos; los casos se ocultaban ó eran transportados clandestinamente de una á otra casa. Esto venía á favorecer la difusión de la infección. La Comisión entiende que en tales ocasiones vale más no insistir demasiado en el transporte de todo enfermo al hospital, tomando las precauciones posibles para aislarlos en su propia casa.

Aislamiento de los contactos.—1.º Si la infección está limitada á un punto tan pequeño que se pueden conocer fácilmente los contactos, y donde baste el personal para asegurar la detención de cada contacto sin excepción, la segregación de los contactos y la desinfección de las casas son medidas de la mayor eficacia, no tan sólo en las aldeas, sino en las ciudades. Aumenta su importancia cuando se trata de casos importados en localidades limpias.

2.º En las ciudades en que la epidemia se encuentra diseminada por todas partes, es fácil á los habitantes evitar la segregación, por muy numeroso que sea el personal sanitario. La medida repugna á los indígenas, y en muchas ciudades escapaban tantos contactos á las autoridades, que hacían el aislamiento ineficaz por inútil. La Comisión aconseja en estos casos el abandono de esta medida.

3.º En los distritos rurales, si la epidemia reina en varios pueblos á la vez, se hace imposible el contar con personal suficiente para los aislamientos eficaces, siendo inútil el intentarles.

Me extendiendo más de lo que me proponía en el extracto de este interesantísimo informe, porque realmente están en él tratados de modo muy metódico y completo los puntos más interesantes que han de servir de base á las discusiones, y porque después pienso no resumir los otros sino en los puntos en que difieran de éste, para de ese modo formar un resumen de todas las opiniones, antes de criticar las resoluciones de la Conferencia internacional.

Continúa ésta reuniéndose casi diariamente, y algún día dos veces, en comisiones diferentes. No se dan fiestas en su honor, como sucede con los Congresos, y solamente el ministro de Negocios extranjeros ha dado un banquete en el palacio del Quai d'Orsay, en el que ha hecho gala de las esplendideces, ornamentos de plata esculpida y de vajillas de Sèvres, de mérito artístico y valor incalculables, que el Gobierno francés posee, y que acaban de ser aumentadas con motivo del viaje de los reyes de Italia. Sentáronse á la mesa 50 comensales y no hubo brindis.

Continuaré en la próxima carta el resumen de los trabajos *exotéricos* de esta importante Asamblea.

DR. PRIETO.

París 2 de Noviembre de 1903.

Sección oficial.

GACETA OFICIAL MEDICO-FARMACEUTICA

Colección mensual de leyes, decretos, reales órdenes y circulares, etc.

MES DE NOVIEMBRE

GOBERNACIÓN.—Real orden de 27 de Octubre, aclaratoria de la del 29 de Septiembre último, referente a la imposición del sello de los Colegios médicos. (*Gaceta del 1.º de Noviembre.*) (1).

IDEM.—Real orden de 2 de id. resolviendo la instancia de los subdelegados de Medicina de Madrid, en cuanto a su residencia, «que el párrafo segundo del art. 77 de la Instrucción general de Sanidad de 14 de Junio último, se entienda en el sentido de que en las poblaciones divididas en varios distritos, cada subdelegación de Medicina debe tener su domicilio ó despacho oficial en el suyo respectivo, sin perjuicio de que la persona del subdelegado fije su domicilio particular en el distrito de la capital que estime conveniente». —(*Idem de 5 de id.*)

INSTRUCCIÓN PÚBLICA.—Real orden de 13 de idem aprobando los seis cuestionarios que se publican adjuntamente, para las oposiciones de auxiliares a los grupos segundo al séptimo de la Facultad de Medicina. (*Idem de 17 de id.*)

GOBERNACIÓN.—Real orden de 23 de id. disponiendo que la fuerza de Guardia civil y sus familias disfruten (!) del servicio médico farmacéutico municipal. (*Idem de 24 de id.*)

IDEM.—Real orden de 26 de id. confirmando nuevamente lo dispuesto en el art. 5.º del Real decreto de 19 de Mayo de 1885, respecto al ingreso de alienados en los Manicomios. (*Idem de 27 de id.*)

IDEM.—Real orden de 26 de id. de la dirección general de Administración local, negando el derecho de percibir honorarios por los reconocimientos que practiquen los médicos de Beneficencia municipal, en virtud de lo dispuesto en la vigente ley de Reclutamiento. (*Idem de 29 de id.*)

NOTICIAS

Se nos han remitido las siguientes publicaciones *Nuevo Formulario enciclopédico de Medicina, Farmacia y Veterinaria*. Primer complemento, por D. Mariano P. M. Minguéz, editado por la casa J. Seix, San Agustín, 5, Barcelona. Cuadernos 11 al 20 (*Véase el anuncio*).—*Do-sis máximas de medicamentos tópicos y remedios nuevos*, año 1903, Farmacia central y Laboratorio del doctor Pedro A. Pizá, etc.; y *Tisis: lucha antituberculosa*, Conferencia para obreros dada en la Estación Enológica, Palencia; Octubre, 1903, por el doctor D. José García del Moral, director de la *Lectura popular de Higiene*, Santander. — También se nos ha remitido el *Almanaque Bailly-Baillière para 1904*; popular enciclopedia de instructiva y amena lectura, ilustrada en sus 600 páginas con más de 1.000 grabados y fotograbados.

Agradecemos la atención de los señores remitentes.

En la semana del 12 al 18 de Noviembre, se han inhumado 317 adultos y 24 fetos; la primera cifra corresponde al cuarto lugar del quinquenio anterior, y es menor del máximo en 76 y mayor del mínimo en 78; la se-

gunda corresponde al tercer lugar, con 11 menos y 7 más respectivamente.

En igual período las Casas de Socorro municipales prestaron 3.300 servicios facultativos, y entregaron en medicamentos, ropas de cama, etc., 2.285 donativos.

En el septenario del 19 al 25 de Noviembre, se inhumaron 331 y 29 respectivamente; la primera cifra ocupa el cuarto lugar, con diferencia de menos de 28 y de más de 108 de máximo y mínimo; la segunda corresponde al segundo, con diferencia de menos 1 y más 10, en iguales conceptos.

En igual período, por las Casas de Socorro municipales se prestaron 3.721 servicios facultativos, y se hicieron 2.217 donativos.

El Colegio de Farmacéuticos de Madrid, en su local de la calle de Santa Clara, y noche del 21 de Noviembre, celebró el 166 aniversario de su fundación, con cuyo tan fausto motivo, sus ilustrados presidente y secretario leyeron dos hermosos discursos, alusivos a este acto solemne, siendo muy aplaudidos por la escogida y numerosa concurrencia.

Nuestra cordial enhorabuena a nuestros amigos y compañeros D. Germán Ortega y Mata y D. Francisco Marín y Sancho, por su éxito, extensivo a todos los colegiales, heraldos de este centro académico.

La Farmacia Española del 3 de Diciembre publica la noticia del escrutinio de la elección de la Junta de patronato de titulares médicos, y termina con el siguiente comentario:

«De las Juntas de farmacéuticos y de veterinarios no hay noticias todavía. Para hacer estos escrutinios se aguarda, según parece, a que vengan al ministerio datos de la elección, que no han enviado algunas provincias.

¡En más de mes y medio! Bien va...»

El día 1.º, bajo la presidencia del señor gobernador, se reunieron los subdelegados de Medicina de Madrid y el vicepresidente de la Comisión permanente de Sanidad, doctor Monmeneu.

El vecindario de la villa y corte ha respondido a las excitaciones de la vacuna, al extremo de ser con mucho insuficiente la linfa, y tener que telegrafiar al doctor Ferrán, de Barcelona, preguntándole cuánta linfa puede remitir diariamente y a qué precio. Además, se ha dirigido el gobernador al cónsul general de Suiza en Madrid, monsieur Lardet, solicitando que le ponga en relación con los centros productores de linfa de Berna, para pedirlos.

En la reunión se acordó que los entierros de los variolosos se hagan en furgones especiales, sin ostentación, procediendo a llevarlos a los depósitos de los cementerios sin esperar las veinticuatro horas que se espera para los que mueren de enfermedades no contagiosas; que se monten estufas de desinfección para las ropas de los variolosos, y finalmente, para comprobar si los médicos cumplen la orden de dar parte de los casos de viruela que asistan, se ha ordenado a los profesores de los registros civiles y a los jueces municipales que den nota diaria al gobierno civil de las defunciones por viruela que ocurran.

Para atender a los gastos que ocasione esta campaña sanitaria, se emplearán las 40.000 pesetas sobrantes de la epidemia tífica.

El Ateneo Médico quirúrgico celebró el día 1.º, en el Anfiteatro grande de San Carlos, su sesión inaugural, presidida por el señor ministro de Instrucción pública.

Al acto asistió numerosa y escogida concurrencia, siendo muy aplaudidos los señores presidente y secretario del Ateneo, por el discurso y la Memoria reglamentarios.

Imprenta de Jaime Ratés (sucesor de P. Núñez).

Plaza de San Javier, 6.—Teléfono núm. 1221

(1) Páginas 322 y 334.